

FACULTÉ DE MEDECINE D'ANGERS

Année 1968

THÈSE

N° 15

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Nicole MINIÉ

Née le 25 Août 1938 à ENNORDRES (Cher)

Présentée et soutenue publiquement le :

13 NOV. 1968

ORIGINES - ÉVOLUTION ET AVENIR
DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE MORLAIX

Président : Monsieur le Professeur ROUCHY
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine d'Angers

Membres du Jury : Monsieur le Professeur FRESSINAUD
Professeur de Clinique Médicale

Monsieur le Professeur MENARD
Professeur d'Hygiène et de Médecine Sociale

Monsieur le Professeur THUAU
Professeur Agrégé de Pathologie Médicale

FACULTÉ DE MEDECINE D'ANGERS

Année 1968

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Nicole MINIE

Née le 25 Août 1938 à ENNORDRES (Cher)

Présentée et soutenue publiquement le :

ORIGINES - ÉVOLUTION ET AVENIR
DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE MORLAIX

Président : Monsieur le Professeur ROUCHY

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine d'Angers

Membres du Jury : Monsieur le Professeur FRESSINAUD

Professeur de Clinique Médicale

Monsieur le Professeur MENARD

Professeur d'Hygiène et de Médecine Sociale

Monsieur le Professeur THUAU

Professeur Agrégé de Pathologie Médicale

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

- A N G E R S -

Directeur Honoraire de l'Ecole Préparatoire..... M. METZGER

Professeurs Honoraires de l'Ecole Nationale :

M.M. DAVID - ROUSSEAU - SARAZIN - AMSIER

Vice-Doyen : M.R. ROUCHY

Assesseur : M.H. GERMAIN

I - PROFESSEURS

Professeurs Titulaires :

M.M.

COTTIN	Chimie Générale
DELAITRE	Clinique Médicale Infantile
DESJOBERT	Pharmacie Chimique et Toxicologie
FRESSINAUD	Clinique Médicale B
GERMAIN	Botanique et Cryptogamie
GOYER	Clinique Chirurgicale B
GUERIN	Biophysique Médicale
HERISSET	Matière Médicale
HERMANN	Clinique Ophtalmologique
JOLIVET	Chimie Analytique
LAFARGUE	Pharmacie Galénique
MARTIN	Pathologie Chirurgicale
MENARD	Hygiène et Médecine Sociale
NAULLEAU	Clinique Chirurgicale A
OURY	Clinique Pneumo-Phtisiologique
PERREAU	Clinique Médicale A
RENIER	Rhumatologie
ROUCHY	Clinique Obstétricale & Gynécologique
SIMARD	Anatomie Pathologique.

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.	HOCQUET	Parasitologie (M.C.A.)
	PARSY	Oto-rhino-laryngologie
	PERTUS	Urologie
	ROGNON	Chirurgie Générale

III - MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.	AUGEREAU	Pharmacodynamie
	BAILLY	Physique
Mme	CAVELLAT	Anesthésiologie
MM.	CARON	Electroradiologie
	COULLAUD	Physiologie
	DROZ	Histologie et Embryologie
	GUNTZ	Anatomie
	HY	Dermato-Vénéréologie
	JOUBAUD	Médecine Générale et Expérimentale
	PILLET	Anatomie
	PILLOT	Bactériologie
	PLANE	Chirurgie Générale
Melle	PRELOT	Zoologie
MM.	TADEI	Thérapeutique
	De VERNEJOUL	Physique Médicale

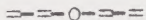
IV - A G R E G E S

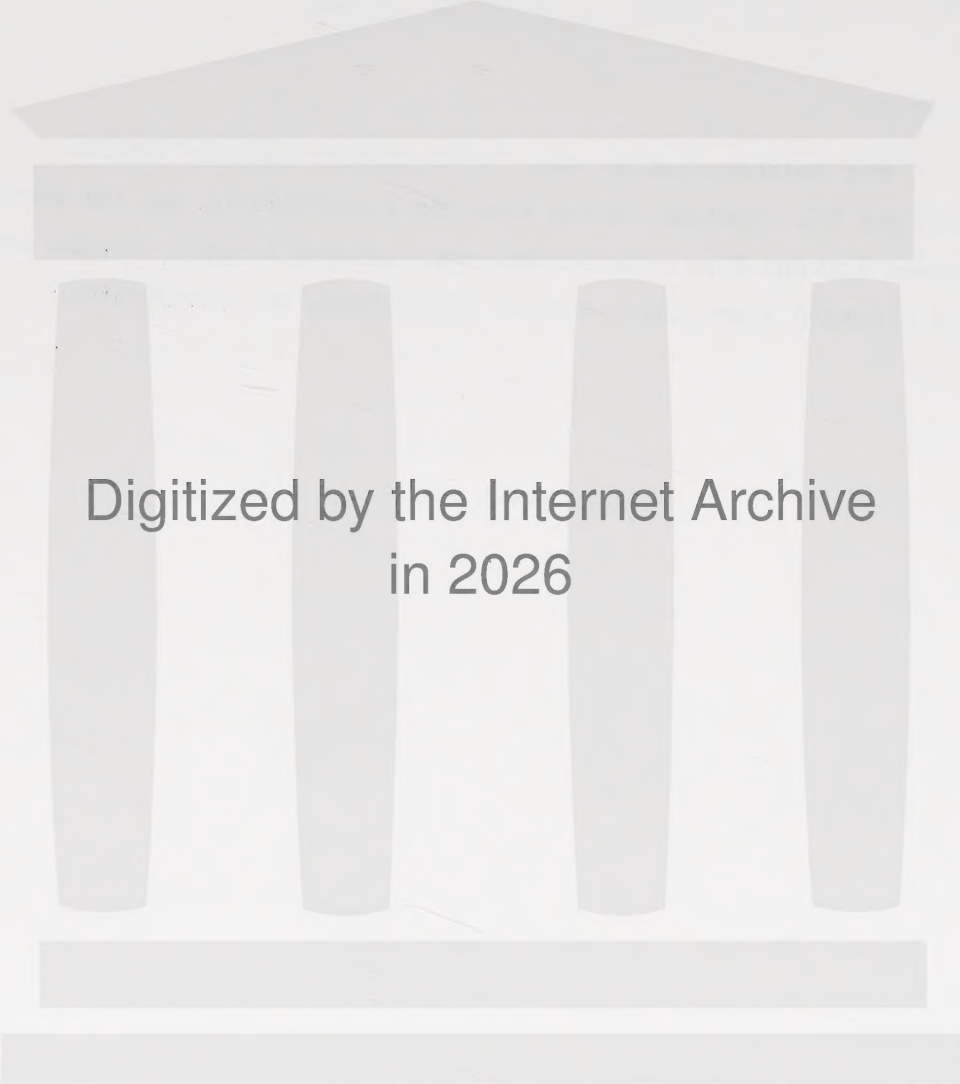
MM.	GODLEWSKI	Neurologie et Psychiatrie
	TESTARD	Pédiatrie
	THUAU	Pathologie Médicale

Secrétaire de La Faculté..... M. R. MAILLEUX

Conservateur de la Bibliothèque de l'Université..... Mme GADKOWSKI

Par délibération en date du 28 janvier 1966 la Faculté
a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront
présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et
qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545907_0021

A MES PARENTS

JE DEDIE CETTE THESE EN TEMOIGNAGE

DE MA PROFONDE AFFECTION

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUCHY
VICE DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS
OFFICIER DE LA LEGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIQUE
GYNECOLOGUE ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

QUI A BIEN VOULU NOUS FAIRE LE GRAND
HONNEUR D'ACCEPTER LA PRESIDENCE DE
CETTE THESE.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FRESSINAUD - MASDEFEIX
PROFESSEUR DE CLINIQUE MEDICALE
MEDECIN DES HOPITAUX

QUI M'A GUIDÉE ET ENCOURAGÉE
DANS L'ELABORATION DE CETTE THESE

EN LE PRIANT DE CROIRE A MA GRANDE ADMIRATION
AINSI QU'A TOUTE MA GRATITUDE.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MENARD
PROFESSEUR D'HYGIENE ET DE MEDECINE SOCIALE
MEDECIN DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR THULU
PROFESSEUR AGREGÉ DE PATHOLOGIE MEDICALE

QUI ONT BIEN VOULU S'INTERESSER AU SUJET
DE CE TRAVAIL
ET ONT ACCEPTE D'ETRE MEMBRES DU JURY.

A MESSIEURS ASSICOT

BERCEGEAY

CLEACH

MAHE

MEDECINS-CHEFS A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE MORLAIX

QUI M'ONT DONNE LE GOUT DE LA PSYCHIATRIE
QUI M'ONT INSPIRE LE SUJET DE CETTE THESE
ET M'ONT FOURNI POUR L'ENFECTUER DE
PRECIEUX RENSEIGNEMENTS.

ORIGINES, EVOLUTION ET AVENIR DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE MORLAIX

=====

INTRODUCTION

=====

Notre propos est de rechercher dans l'histoire de l'Hôpital Psychiatrique de MORLAIX les éléments susceptibles de servir son expansion nécessaire et d'en préciser les modalités pour répondre aux besoins de la santé mentale de la région. Il ne s'agit donc pas seulement d'écrire l'histoire de l'Hôpital Psychiatrique et notre plan de travail se dégage immédiatement :

1° - Comment, depuis sa création, l'Hôpital Psychiatrique a-t-il évolué ? Quels services a-t-il rendus ? Quelles influences ont présidé à son évolution ?

2° - Dans la situation actuelle, et après l'avoir précisée, comment doit-on envisager l'avenir et quelles sont les solutions à préconiser.

C'est aux sources mêmes que nous avons puisé les renseignements nécessaires à l'élaboration de notre travail.

En dehors de la thèse de Monsieur DEMARQUEZ ("L'Hôpital de MORLAIX sous l'Ancien Régime"),

Et du livre de Monsieur DAUMESNIL ("Histoire de MORLAIX"), il s'agit essentiellement, pour le 19ème siècle, de documents originaux trouvés parmi les Archives Départementales du Finistère :

Feuilletts manuscrits épars ayant constitué le courrier des Directeurs de l'Hôpital,

Rapports manuscrits : celui de 1840, celui couvrant la période de 1852 - 1861, celui de 1871,

Circulaires Ministérielles, Arrêtés Préfectoraux, Etats des comptes.

Pour la fin du 19ème siècle et le 20ème siècle nous nous sommes appuyés uniquement sur les renseignements et les chiffres trouvés dans les Rapports Annuels des Directeurs et Médecins Préposés Responsables aux sessions du Conseil Départemental.

A tout prendre, cette démarche historique ne nous paraît pas très éloignée de la démarche médicale habituelle qui part de l'anamnèse et passe par les signes et les symptômes pour aller au diagnostic.

Certains termes employés au cours de cette étude paraîtront peut-être inadéquats ou même obscurs ; nous avons tenu à les conserver puisqu'ils existaient dans les textes de référence et nous les expliciterons au fur et à mesure qu'ils apparaîtront.

H I S T O I R E

=====

I - LES ORIGINES LOINTAINES SONT CONFONDUES AVEC LA NAISSANCE DE L'HOPITAL GENERAL.

- A - Au 15ème siècle n'existait qu'un "asile hospitalier", loin de la ville close, sur le sommet d'une colline, dans le quartier de "La Madeleine". Cette dénomination appelle des commentaires : en effet, à cette époque, il s'agissait de quartiers réservés aux lèpreux (ladres ou "cacous") et où ils s'employaient surtout comme cordiers. Nous n'avons aucun renseignement plus précis sur cet établissement qui semble avoir été essentiellement une maladrerie.
- B - Au milieu du 16ème siècle cette maladrerie fut transformée en Hôtel Dieu. Cette transformation était devenue nécessaire en raison de l'importance que prenait MORLAIX, ville commerçante située sur un carrefour de routes, et ville portuaire active. Il y affluait marins, marchands, pèlerins et mendiants.

Le rentier de 1554 indique la destination de l'Etablissement : accueillir les pauvres et les malades des paroisses environnantes où se faisait la quête du blé et du beurre, ainsi que les pèlerins, les naufragés, les blessés et les victimes de la guerre. En outre, l'Hôtel Dieu secourait les "pauvres honteux" à domicile et se chargeait des orphelins.

En fait il semble bien que la population hospitalisée, infime (24 en 1588), comportait avant tout des infirmes, des vieillards et de tout jeunes enfants. Quelques nauvres recevaient une petite gratification pour de menus services. Les enfants étaient éduqués chrétiennement, instruits, puis placés en apprentissage chez un maître de métier de la ville ; les Administrateurs de l'Hôtel Dieu payaient la somme exigée par ce maître. En somme l'Hôtel Dieu se montrait être un organisme de secours vis à vis du plus faible et

sa fonction était plus sociale que véritablement médicale ; d'ailleurs on ne trouve pendant le 16ème siècle aucune trace de Médecins, Chirurgiens, ou apothicaires, et l'on ne sait comment étaient soignés les gens véritablement malades.

C - Le 17ème siècle est marqué par un accroissement notable de la population hospitalière qui est dû à la grande misère de l'époque :

- la peste a ravagé la région,
- les guerres de religions ont appauvri la population
- et le nombre des enfants illégitimes, exposés à la porte de l'Hôpital s'est accru.

Il est donc apparu la nécessité d'agrandir cet hôpital et comme celui-ci était en fort mauvais état, il a semblé préférable d'en construire un neuf.

En 1607 on établit donc les fondements d'un nouvel hôpital mais, en 1623, il n'était pas encore terminé et l'on ne connaît pas quand il le fût ni combien de personnes il pouvait recevoir. Il devait être petit.

En 1649 on compte 67 personnes dont 35 enfants, plus quelques pauvres nourris à domicile. En 1659, 120 pauvres. L'Hôtel Dieu devait recevoir aussi quelques aliénés puisqu'en 1685 est noté dans les comptes, l'achat d'une chaîne neuve "pour les fous".

En fin de siècle marins et soldats afflueront encore à l'Hôpital et des problèmes graves se poseront.

- Les locaux sont très insuffisants pour cette population qui a quintuplé en un siècle ; aussi loge-t-on les pauvres jusque dans les greniers, voire dans les écuries, le même lit servant à plusieurs personnes à la fois.

- La charge financière devient trop importante, et l'on s'occupe de faire travailler tous ceux que l'on trouve valides : les femmes et les filles aident à l'entretien des lieux et du linge, filent et tissent.

Les hommes gardent le cheptel de l'Hôpital, et les jeunes garçons sont toujours envoyés en apprentissage.

- Un service médical est institué : il existe des médecins ou, le plus souvent, des chirurgiens attachés à l'Hôpital ; volontaires soignant "les gens qui n'ont pas de quoy", ils ne reçoivent aucun salaire, mais sont quittes de toutes les charges publiques.

- Le 17^{ème} siècle connaît aussi des problèmes de discipline. Certains pauvres admis à l'Hôpital continuent à mendier à travers la ville et vendent la nourriture qu'ils ont reçue de l'Hôtel Dieu, parfois même les meubles. En 1671 un arrêté de la Cour Royale de MORLAIX dut intervenir contre ces pratiques : "on privera de pain et l'on mettra en prison ceux qui, recevant le pain de l'Hôpital demandent encore l'aumône aux portes et ailleurs". Et le 16 avril 1678, par délibération de la Communauté, il fut interdit aux pauvres d'entrer et de sortir de l'Hôpital sans la décision du Bureau.

- Il était donc né au sein de la ville un grave mécontentement vis à vis de la population hospitalière, et vis à vis des mendiants considérés comme un fléau dont les bourgeois de MORLAIX ne voulaient plus s'occuper.

- En 1682 il est décidé que des "chasse-gueux" seront chargés d'arrêter les mendiants et de les mettre au pain et à l'eau. Cette mesure devait sembler nécessaire partout en France et, afin de résoudre ce problème de mendicité, les lettres Patentes du Roi du 9 octobre 1686 ordonnent de renfermer les mendiants valides, de les éloigner de l'Oisiveté, de leur apprendre leur religion et des métiers qui leur permettent de gagner leur vie. Les mendiants et vagabonds seront donc enfermés pour travailler ; quant aux "pauvres malades" ils constitueront une population à part et dès lors il fut décidé de l'adjonction à l'Hôtel Dieu, d'un Hôpital général destiné aux "pauvres malades".

- Par ailleurs, pour mettre fin au désordre qui s'était installé et pour soulager les bourgeois de la ville, las des charges d'administration, les notables demandèrent aux religieuses de Saint Thomas de Villeneuve de venir remplacer le gouverneur. Cela fut fait en 1686.

- Il apparaît donc à l'examen des origines lointaines de cet hôpital, dès le 17ème siècle, une multiplication des tâches qui lui sont proposées. Celles-ci se préciseront encore au cours des siècles suivants.

II - LE 18ème SIECLE

est marqué par un incendie qui rendra obligatoire la construction d'un nouvel Etablissement, dont les caractères seront suffisamment différents du premier pour nécessiter une étude particulière.

A - Avant l'incendie, la vie de cet hôpital deviendra de plus en plus difficile, les problèmes de mendicité débordant largement les problèmes de soins médicaux. Malgré les mesures sévères prises à l'encontre des mendiants les deux "chasse-gueux" aux gages de l'Hôpital seront débordés, d'autant plus que, dès 1704, les pauvres, étrangers à MORLAIX, afflueront en ville, en raison des disettes.

- En 1724 le phénomène était en France si général, que le Roi créa en Bretagne huit "Dépôts de Mendicité" dont un à MORLAIX, et l'intendant choisit l'Hôpital pour y établir ce dépôt "pour le renfermement de tous les mendiants" même étrangers à la ville.

- Dans cet Hôpital déjà beaucoup trop petit, l'établissement de ce Dépôt de Mendicité créa des conditions de vie vraiment lamentables, le même lit (par exemple) devant servir pour deux, pour trois et même pour quatre personnes à la fois. Les hospitalisés "vivent avec les bêtes, sans latrines, avec les excréments de toutes sortes, dans les cours". Les bourgeois étaient justement alarmés des dangers de contagion parmi les pauvres et pouvant s'étendre à la ville.

- Il semble cependant que la maladie qui s'y répandit le plus fut bénigne : il s'agissait de la teigne, qui trouvait un beau terrain de développement dans de telles conditions d'hébergement et d'hygiène.

- Le service médical était toujours assuré gratuitement par un médecin de la ville. Un seul reçut quelque compensation pour son travail ; cela est noté en 1730 "un vieux chirurgien pauvre, Claude OLLIVIER, reçoit un secours d'une livre par semaine, à condition de venir faire les saignées, la barbe des pauvres et autres fonctions de son art".

- L'Hôpital n'a pas de pharmacie propre et les comptes mentionnent les dépenses d'apothicaire ou les règlements de médicaments fournis par des médecins.

- Quant aux "fous", leur sort ne devait pas être plus enviable que celui du reste de la population hospitalière ; aucune mesure spéciale n'est signalée à leur égard.

B - L'incendie du 6 janvier 1731 fut un événement extrêmement dramatique à partir duquel la vie de l'Hôpital changera en beaucoup de points.

- Le 6 janvier, au lieu d'aller aux vêpres, un pauvre, que l'on qualifia de dément, mit le feu dans la réserve de bois de chauffage ; l'incendie dura trois jours ; l'Hôpital fut entièrement détruit ainsi que quinze magasins et maisons des alentours ; plusieurs personnes furent brûlées ; beaucoup de pauvres valides s'échappèrent ; il ne resta de la population initiale que quatre-vingt seize pauvres et malades, plus ou moins dispersés. Il fallut construire un nouvel Hôpital, et l'on obtint des crédits pour le faire. Les plans furent vastes, un peu trop sans doute puisqu'ils ne purent être réalisés qu'au tiers. Le nouvel Hôpital fut occupé dès le 7 juin 1738 ; il forme le noyau de l'établissement d'aujourd'hui. Cet Hôpital neuf constitua un très grand progrès à tous les points de vue et sembla marquer dans les faits le tout début de l'Hôpital Psychiatrique, avant même qu'il ait été officiellement pensé.

- Cet établissement était conçu à la fois comme Hôpital et comme Manufacture ; mais les Manufactures ne purent jamais être installées. Il comportait des bâtiments absolument séparés pour les deux sexes et, comme le montrent les inventaires, des chambres distinctes pour les fous ou les folles, de la même manière qu'il en existait pour les enfants, les malades, les pensionnaires ou les soldats (inventaires de 1762, 1768, 1770).

- Il semble donc, dès 1738 (un siècle avant la fameuse loi) :

1°) - qu'on ait séparé nettement les malades mentaux du reste de la population hospitalière.

2°) - qu'on leur ait assuré des conditions de vie beaucoup plus humaine que par le passé ; en effet, même lorsque le nombre des hospitalisés dépassa les possibilités d'accueil de l'Etablissement, certains lits restèrent réservés, dont ceux des malades mentaux. Par exemple, en 1768, vingt-six furent réservés aux enfants, dix aux folles, neuf aux pensionnaires (des hospitalisés payant leur pension). Mais la catégorie étiquetée "les imbéciles" a dû vivre de la même manière que les pauvres ; il apparaît qu'aucun local spécial ne leur ait été affecté.

Indépendamment des problèmes de locaux, il existait alors fréquemment des déficits brutaux dans le nombre des lits ; ainsi en 1757, à la suite de l'accueil à l'Hôpital de marins pestiférés, soixante lits furent brûlés ainsi que leur garniture. Cette hygiène sommaire, nécessaire pour limiter les risques de contagion, réalisait une lourde perte matérielle pour l'Hôpital qui ne pouvait, en raison de ses faibles moyens financiers, réparer rapidement le dommage.

C - La vie de cet Hôpital s'organise mieux que par le passé.

1°) - en dehors du personnel religieux, apparurent des gardiennes : il s'agissait de "pauvres femmes" hospitalisées, à qui furent attribuées des fonctions de surveillance et de soins, en raison de leurs mérites. Elles s'occupaient d'abord des enfants, puis des malades, et enfin des autres femmes, folles ou repenties.

- Hormis les religieuses et les gardiennes il n'existait pas d'infirmières pour la population civile, mais, en 1770, des infirmiers furent envoyés par le Roi pour soigner les soldats lorsque leur nombre dépassa vingt. Rien ne permet d'affirmer que les soins des infirmiers s'étendaient à la

population civile, ceux-ci devaient simplement pallier la carence des chirurgiens de la ville qui ne voulaient pas soigner gratuitement les soldats.

2°) - Le travail des pauvres

- Le travail des femmes resta bien organisé ; outre les tâches ménagères d'entretien auxquelles elles furent toujours associées, elles effectuaient aussi des travaux de lingerie et même de tissage à partir de 1740.

- Le travail des hommes ne leur apporta jamais les bienfaits prévus et souhaités.

D'importants privilèges étaient accordés à ceux qui s'occupaient d'apprendre un métier aux pauvres : les lettres patentes de novembre 1688, toujours en vigueur, autorisaient le Bureau des Directeurs de l'Hôpital, à donner le droit de "Maîtrise de son métier" au compagnon qui aurait servi six ans à l'Hôpital pour enseigner son métier aux enfants . Le Bureau pouvait aussi faire compagnon, le pauvre ayant appris son métier à l'Hôpital.

Il y eut quelques maîtres tisserands et menuisiers ; ils restèrent peu de temps et se soucièrent peu d'enseigner. Les hommes continuèrent pour la plupart à ne rien faire, les jeunes garçons furent couramment envoyés comme mousse sur les navires de guerre et de commerce ; quant aux maîtres menuisiers, ils continuèrent à faire des "châsses" (cercueils), fabrication revenant de droit à l'Hôpital.

- Pour ce qui est du travail des malades mentaux rien ne permet d'affirmer ou d'infirmier sa réalité ; sans doute quelques uns furent-ils associés aux travaux de la maison.

- Le 18ème siècle se termine de façon assez troublée, à MORLAIX tout comme ailleurs, l'essentiel pour l'Hôpital étant la disparition temporaire des Thomasines et de l'Aumônier qui refusa de prêter le serment exigé par la Constitution.

III - LE 19ème SIECLE

Son étude peut être scindée en deux parties :

- Tout d'abord la mise en route officielle et pratique du "Quartier de femmes aliénées de MORLAIX", et cela nous mènera jusqu'en 1840.
- Puis la vie de ce nouvel établissement jusqu'à la fin du siècle.

A - Jusqu'en 1840

Dès le 18ème siècle une séparation assez discrète mais réelle avait été établie entre chaque catégorie d'hospitalisés, en particulier entre les "insensés" et les malades, enfants ou mendiants. Des dispositions officielles consacreront cet état de fait, lui donneront plus d'ampleur et fixeront les buts à poursuivre à l'égard des malades mentaux. Cette élaboration sera assez lente.

1°) - En 1804, l'Article 510 du Code Civil concerne les interdits, donc les malades mentaux en premier lieu : "les revenus d'un interdit doivent être essentiellement employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison". Cette obligation soulèvera des difficultés qui seront longuement étudiées.

En 1813 (instruction du 18 août) aucune disposition n' a encore réglé le mode de pourvoir à la dépense des "insensés indigents".

En 1819, (Circulaires 55 du 16 juillet) Monsieur Le Comte DECAZES, Ministre Secrétaire d'Etat au Département de l'Intérieur, donne des précisions sur l'individualisation et le fonctionnement souhaitable d'établissements spécialisés :

"La Commission que j'ai nommée n'a pas encore terminé son travail mais elle a unanimement reconnu que la situation des aliénés ne pourra recevoir les améliorations désirables qu'autant qu'ils seront placés dans des établissements qui leur soient exclusivement consacrés"..... "Demande qu'on établisse des maisons centrales d'aliénés, réunissant pour leur traitement tous les avantages que réclament l'humanité et la science médicale".

Ce même texte comporte divers conseils d'Hygiène et d'Humanité dont quelques uns nous rappellent bien dans les conditions de vie trouvées à l'époque : "les aliénés, même les plus furieux ne doivent jamais être

laissés couchés sur la terre ou sur le pavé. Il faut leur procurer de fortes couchettes, scellées dans le mur. L'état déplorable de quelques uns d'entre eux peut ne pas permettre de garnir leurs lits, comme ceux des autres malades, mais il faut au moins renouveler la paille qui doit leur être donnée aussi souvent qu'elle est salie".

Cette circulaire comporte encore des précisions de fonctionnement :

- Il doit y avoir un serviteur pour quinze malades, deux serviteurs pour le même nombre dans le quartier des furieux.

- il faut "nommer un médecin chargé du service des aliénés, devant les visiter au moins une fois par jour, de façon à traiter, non seulement une maladie accidentelle et grave, mais aussi leur maladie mentale".

- "Partout la camisole, ou gilet de force, doit être substitué aux chaînes, aux colliers".

- "C'est au médecin seul à prescrire la réclusion, l'usage du gilet de force, et à autoriser la visite des parents".

Ces textes paraîtront sans doute trop longuement cités, et peu en rapport avec l'objet de ce travail. Il nous a semblé important cependant de les donner ici puisqu'ils ont véritablement guidé la vie des services pendant tout le siècle, en tant que prescriptions officielles.

2°) -- Voyons maintenant comment ces idées se sont inscrites localement dans les faits.

En 1805 avait été construit, dans le bas du verger de l'Hôpital, un établissement de bains, mais il rapporta fort peu.

En 1829 Monsieur DE CASTELLANE, alors Préfet du Finistère, justement alerté des problèmes de santé mentale, engagea l'Administration à créer un établissement "où il put placer les aliénés du département", mais ce projet fut ajourné.

Cependant, en 1830, l'établissement de bains fut converti en une maison pour femmes aliénées et, en 1831, l'Administration de l'Hospice accepta les propositions du Conseil Général, à condition qu'on établisse 50 lits pour les aliénés du Département et des Communes.

Ce nouvel établissement fut ouvert en 1833 ; il comportait 75 lits et MORLAIX semblait par cette réalisation, en avance sur d'autres départements. (En 1835, une Circulaire de THIERS demandait encore "il est

indispensable que l'Administration s'occupe sérieusement des moyens de régler cette branche importante du service public en ce qui concerne les insensés indigents").

En 1833 des secours sont votés pour couvrir les dépenses nécessitées par l'établissement du "Dépôt des femmes aliénées" de MORLAIX.

Des cette date une surveillance spéciale s'établit : (lettres du Sous-Préfet) "Monsieur l'Administrateur de semaine devra constater au moyen d'un visa sa visite, après avoir examiné chaque aliénée et s'être fait présenter tous les individus admis au cours de la semaine précédente"... "ainsi que les actes relatifs à leur admission".

De nouvelles instructions ministérielles, en 1836 (4 juillet) préciseront que les établissements pour aliénés "ne doivent s'ouvrir qu'aux individus dont l'état mental exige la séquestration", "doivent fournir un état comportant les noms et prénoms des aliénés..... le genre de la folie...". "Si, dans l'établissement l'état mental de l'admis ne paraît pas exiger la séquestration, celui-ci doit être remis en liberté".

Etait donc envisagée une séquestration, mesure de protection de la tranquillité publique, mais respectant l'individu aliéné, ne devant intervenir que temporairement, tant que son état nécessitait surveillance et soins. Cette séquestration s'effectuait souvent à l'époque de la même manière que vis à vis des prévenus et accusés, c'est-à-dire dans les prisons ! (La circulaire de THIERS, Ministre de l'Intérieur -1835- signale ces pratiques et s'élève contre elles). De là vient peut-être l'impression de honte et la révolte de certaines de nos malades fraîchement hospitalisées lorsqu'elles se rendent compte qu'elles sont "à MORLAIX" !

Enfin la loi de 1838 interviendra pour constituer le statut de l'aliéné et codifiera très précisément les modes de création, de fonctionnement et de surveillance des Hôpitaux et Quartier Psychiatrique.

Le "Dépôt de MORLAIX" existant déjà dans les faits, dès 1838 le rapport du Préfet au Conseil Général y mentionne la présence de quarante aliénés indigents, et, en 1839, il signale "je n'aurai point à vous proposer d'imposer au Département de nouvelles charges pour satisfaire aux prescriptions de cet article premier de la loi car, depuis longtemps déjà le

Conseil Général du Finistère avait prévu ces prescriptions en créant au Chef-lieu de Département un établissement public pour les hommes aliénés et, en traitant avec l'Hospice Civil de MORLAIX pour faire recevoir et traiter les femmes aliénées dans l'établissement spécial fondé à cet effet par cet hospice". Monsieur l'Inspecteur des Etablissements de bienfaisance signale même la bonne tenue de ces établissements.

Les textes précisent bien la situation de "l'asile des femmes aliénées", "comme il est une annexe de l'Hospice Civil, il demeure sous la même administration que cet hospice" (ordonnance du 18 octobre 1840). Cet état de fait subsistera jusqu'à nos jours.

3° - En 1840, on peut considérer le "quartier des femmes aliénées" comme existant de plein droit, actif, assurant déjà la surveillance administrative nécessaire et les soins médicaux des malades internées.

Administrativement, dans son Rapport au Conseil Général Monsieur Le Préfet signale : "je n'ai ordonné ou autorisé d'admission que lorsque l'état de la maladie m'a été bien constaté". Il s'inquiète même de ce que "l'aliénation est devenue une maladie plus fréquente dans le Finistère (et l'usage immodéré des spiritueux peut avoir cet effet)".

Médicalement, en 1840, Monsieur Le Docteur BOSCHER est le premier "Médecin adjoint pour les aliénées" et commence à donner des précisions sur l'état de quelques malades chroniques non dangereuses. Ensuite en 1841, François DE LANNURELLE, Médecin, est "Préposé Responsable pour le service des aliénées".

Cependant toutes les malades mentales du département ne sont pas encore hospitalisées. Six aliénées sont signalées à l'Hospice de SAINT-POL par Monsieur L'Inspecteur des Etablissements de Bienfaisance à la suite d'une tournée. Mais le Médecin, appelé à les examiner n'y découvre véritablement que deux cas, les autres étant des idiots dont l'état n'exigeait pas la séquestration. Ceci n'est qu'un exemple de la bonne tolérance des Hospices vis à vis des arriérés à cette époque.

B - A partir du 1840

Le "Quartier" étant né, nous en étudierons la vie, en particulier l'extension des bâtiments, rendue nécessaire par l'augmentation numérique des hospitalisées, les maladies présentées par elles, les guérisons, les soins et les recherches médicales, enfin le travail et les distractions des malades.

1°) - L'extension des bâtiments

Dès la naissance du Quartier, ou presque, la petitesse des locaux est signalée et appelle des remèdes. Le Rapport au Conseil Général de 1841 insiste sur cette exiguité "surtout du seul promenoir destiné aux folles indigentes et où elles sont véritablement entassées de manière à se priver mutuellement de toute espèce de repos, les loges des plus furieuses donnent toutes immédiatement sur ce seul promenoir".

Un projet d'agrandissement par la construction d'une aile nouvelle est proposé, il est accepté comme bien conçu par Monsieur Le Ministre de l'Intérieur et exécuté en 1842.

Un nouveau projet pour "l'achèvement du Quartier de MORLAIX" est présenté et approuvé en 1843.

Ces constructions, qui se succèdent à un rythme rapide étaient rendues nécessaires par l'admission de malades jusqu'alors traitées dans les Hospices du département. Les constructions ultérieures correspondent à la croissance normale de la population hospitalisée et sont en conséquence plus étalées dans le temps.

Le Rapport au Conseil Général portant sur la période 1852-1861 note qu'il a été nécessaire d'agrandir l'établissement afin d'isoler complètement la division des agitées : "On lui a ouvert une grande salle et un vaste préau". De nouvelles chambres ont été aménagées pour les pensionnaires (le projet d'agrandissement de leur logement avait été approuvé en 1855). L'enclos de l'Hôpital a été agrandi par l'achat de terrain pour donner plus d'extension aux travaux agricoles, pour créer des promenades étendues et variées pour les aliénées, pour fournir un terrain convenable à l'établissement de nouvelles constructions "que l'augmentation de la population rend urgentes".

En 1868 il est décidé d'ajouter au Quartier des aliénées une annexe pouvant recevoir une centaine de malades. Cette construction, réalisée par Edouard PUYO sera achevée en 1870 et destinée aux "agitées, gâteuses ou épileptiques indigentes". Ce bâtiment est grand et semble combler les souhaits du moment selon le rapport annuel : "Les bâtiments et préaux nouveaux, actuellement occupés ont fait disparaître tout encombrement dans l'asile et permis d'établir entre les diverses catégories d'aliénées des séparations plus complètes ; ils ont été reliés aux anciens édifices par une galerie couverte qui facilite beaucoup le service".

Cette aisance dans les locaux ne devait pas durer très longtemps et en 1885, le rapport de Monsieur GESTIN au Conseil Général mentionne la présence de 327 malades, "cette population représente le maximum de ce que l'établissement peut accepter". Aussi est-il entrepris l'édification d'un nouveau bâtiment pour les malades pensionnaires dont l'entrée en jouissance se fera en 1888.

En 1898, la construction d'un nouveau pavillon permet d'aménager une deuxième salle de réunion pour les aliénées pensionnaires. Quelques travaux de moindre importance apporteront sept nouveaux cabanons (on dirait maintenant chambres d'isolement), une salle de bains à 12 baignoires pour bains de corps et 20 baignoires pour bains de pieds, une salle d'hydrothérapie, celle-ci représentait alors une part importante des traitements.

2°) - La population hospitalisée s'accroît régulièrement, inéluctablement semble-t-il.

Selon les extraits des registres concernant le Dépôt des femmes aliénées :

TABLEAU DU MOUVEMENT DE LA POPULATION DE 1852 A 1902

ANNEE	EFFECTIF	ENTREES	SORTIES	DECES	SORTIES EFFECTIFS
1852	150		23	23	1/6,5
1861	219	30	30	33	1/8,4
1871	242		28	36	1/8,8
1883	280		26	38	1/10,7
1892	381		52	40	1/7,3
1902	509	143	68	86	1/7,3

En 1840.....	104 malades
En 1842.....	107 malades
En 1852.....	150 malades
En 1861.....	254 malades
En 1871.....	247 malades
En 1883.....	280 malades
En 1892.....	381 malades
En 1902.....	509 malades

Il faut multiplier le nombre initial par 4,8 pour obtenir le total de 1902.

Le nombre d'entrées n'a fait que croître, et cela de façon très importante.

Un relevé général des femmes aliénées qui ont séjourné dans l'établissement depuis son ouverture le 1er mai 1853 et qui date du 4 juillet 1841 signale 140 entrées pour cette période de 8 ans.

Le rapport de 1902 note 143 entrées pour cette seule année. Pratiquement, au cours de cette soixantaine d'années, le nombre d'entrées s'est multiplié par 8.

Le nombre des sorties ajouté à celui des décès n'équilibre que rarement celui des entrées : le rapport sur le mouvement de la population pendant la période décennale 1852 - 1861 indique 630 entrées pour 280 sorties et 275 décès (total : 555).

Cependant il arrive, comme en 1871 que l'effectif baisse : 247 malades en 1870 ; 242 en 1871 : Admissions : 59 ; décès : 36 ; sorties : 28. Mais cela est exceptionnel, et dans l'ensemble le nombre d'hospitalisées est toujours en croissance.

Cela tient à plusieurs faits. Tout d'abord toutes les malades ne sont pas guéries, même quand elles sortent et l'on devient apparemment de plus en plus prudent pour admettre la guérison et autoriser la sortie.

Si en 1841 sont considérées comme guéries 19 malades sur les 22 sorties de la période 1833 - 1841, en 1871, on n'en trouve que 20 sur 28 et en 1901 44 sur 52.

Certaines, assez nombreuses, seront qualifiées d'incurables et ne sortiront jamais de l'établissement : "Nous avons encore quelques aliénées dont le séjour dans l'établissement remonte aux premières années de sa création " (Rapport de 1871). Il apparaît ainsi une sédimentation des malades correspondant tout à fait à l'idée contenue dans l'expression courante en début de siècle "Le Dépôt des femmes aliénées".

Enfin, à partir de 1883, alors que le siècle se termine, un fait nouveau apparaît qui explique la croissance plus rapide du nombre des hospitalisées : c'est l'arrivée en grand nombre de malades âgées, en mauvais état physique, et qui finiront leurs jours "à l'asile". "Les Hospices du Département ont pris l'habitude de déverser de plus en plus facilement leurs démentes séniles et leurs vieilles malades, presque mourantes, sur l'asile de MORLAIX". (Rapport de 1902).

Il était distingué plusieurs catégories parmi les malades, à savoir : les indigentes qui ne pouvaient subvenir à leurs propres besoins et les pensionnaires, malades payantes parmi lesquelles on trouvait encore quatre classes, selon le prix de pension versé. Les pensionnaires constituaient initialement une partie importante de la population ; leur nombre ne fit que décroître d'année en année. "Ce qui semblerait indiquer que l'asile n'est pas en mesure de donner satisfaction dans les limites raisonnables aux familles et aux départements qui y envoient leurs malades". (Monsieur DELOBEAU. Rapport de 1885). La vie asilaire devait être assez pauvre, ne serait-ce que par le costume si l'on en croit les comptes ; quoi qu'il en soit la diminution du nombre des pensionnaires a toujours été très largement compensée par le nombre d'entrées de malades "indigentes" et il semblerait que cette distinction de classes ait été peu à peu abandonnée. Elle ne s'éteindra pourtant tout à fait qu'au 20ème siècle. Il s'agit là d'un chapitre un peu annexé, mais qui nous a semblé devoir figurer dans cette étude, cet état de fait ayant imprimé certains caractères particuliers à la vie de l'établissement : séparation des locaux, régimes différents etc... "Les pensionnaires n'ont-ils pas droit à un traitement distinct et plus soigné que celui des autres

habitants de la maison ?" (1839).

3°) - La morbidité

a) La morbidité psychique

Il est impossible d'effectuer une étude statistique comparative sur les maladies présentées ; en effet, les diagnostics portés sont évidemment tributaires de la nosographie de l'époque qui comporte beaucoup de "manies" (auxquelles s'accrochent souvent, en un adjectif, des descriptions complémentaires), et ne correspondent pas à ceux que l'on trouverait actuellement en regard des mêmes observations. La loi de 1838, les modalités de surveillance administrative des établissements pour aliénées, amenèrent l'obligation de diagnostics précis, inscrits sur les Registres de la loi, justifiant les internements et retransmis dans les rapports annuels. Au tout début nous trouvons de longues listes diagnostiques ; de ces travaux sortiront sans doute, peu à peu, des idées plus générales et des études qui contribueront à un allègement de la nosographie et à une meilleure connaissance des syndromes.

Ainsi en 1840, 19 types de diagnostics sont mentionnés :

- . 3 épilepsies congénitales
- . 1 démence sénile
- . 5 démences furieuses
- . 4 démences
- . 2 monomanies incendiaires
- . 4 monomanies religieuses
- . 6 manies furieuses
- . 1 monomanie homicide
- . 2 monomanies érotiques
- . 4 monomanies de suicide
- . 3 monomanies
- . 4 manies
- . 2 manies hystériques

- . 1 monomanie continuelle
- . 1 aliénation mentale mélancolique
- . 5 idiotismes congénitaux complets
- . 1 céphalalgie -suites de couches
- . 1 hémiplégie.
- . et 24 aliénations mentales ! "Les caractères de la folie n'ont pas été reconnus" (ce qui est une belle preuve d'honnêteté intellectuelle).

Certains termes sont maintenant tombés dans l'oubli, ainsi l'idiotisme au sens d'alternatives de tristesse et de gaieté.

Remarquons simplement le peu de démences séniles, le peu de mélancolies (du moins décelées).

En 1871 la liste des diagnostics se réduit et, dans le "genre de folie", on trouve seulement huit rubriques :

- . 62 manies
- . 48 mélancolies
- . 76 démentes
- . 1 démence paralytique
- . 3 stupidités
- . 52 idiots dont 2 surdi-mutités
- . 9 épileptiques
- . 1 danse de St Guy

En 1891, elle n'est guère plus importante et correspond aux descriptions de l'époque.

Nous avons pu trouver, dans la bibliothèque de l'Hôpital un livre de Monsieur DAGONET, datant de 1876, intitulé "Nouveau traité des maladies mentales" et comportant la description de 9 entités pathologiques. (Manie, Lipémanie, Stupidité, Mégalomanie, Folie impulsive, Paralyse générale, Démence, Imbécillité, Idiotie et Crétinisme).

Les chapitres les plus développés se trouvent être ceux de la Manie et de la Lipémanie, cette folie triste. Quant à la Stupidité, elle semble correspondre à la Schizophrénie.

Le Rapport Annuel de 1891 contient ces mêmes diagnostics ; les Rapports suivants mentionneront en plus, les rechutes, mais n'en différeront pas par ailleurs.

Celui de 1898, (et bien d'autres) s'étonne du petit nombre d'admissions pour "folie alcoolique", moindre que celui de QUIMPER pour les hommes, et peu en rapport avec les études faites sur l'alcoolisme régional, mais signale aussi les difficultés habituelles pour détenir de l'entourage du malade des précisions sur les habitudes antérieures.

Le Rapport de 1883 contient une requête à Monsieur Le Sous-Préfet ; 10 idiots sont entrées cette année là au Quartier, la plupart sont très jeunes. "Il est fâcheux que des enfants, surtout en dessous de 10 ans, soient mises parmi les aliénées". Effectivement il n'existait à cette époque aucun établissement prévu à leur intention, et cela durera encore très longtemps !

b) Les maladies intercurrentes, les accidents, les suicides.

Les suicides et les accidents sont exceptionnels.

Parmi les maladies les plus fréquentes et les plus graves c'est la Tuberculose qui tient la première place. On compte bon nombre de cachexies d'origines diverses, quelquefois signalées comme faisant suite à des diarrhées chroniques. La maladie la plus courante, et le plus souvent bénigne, est l'Erysipèle.

Le choléra est signalé en 1864 comme la cause d'un certain nombre de décès.

L'épidémie de variole qui fit de grands ravages dans les communes voisines pendant la guerre de 1870, épargna l'Hôpital.

Il faut dire que la lutte contre la contagion était un souci permanent de l'Administration hospitalière et des Médecins. Des précautions d'isolement étaient prises, la création d'une infirmerie pour

traiter les maladies physiques s'était faite très tôt et tout un service était destiné aux malades tuberculeux.

4°) - Les soins médicaux, les recherches médicales.

a) A partir de 1840, il y eut toujours un médecin "Préposé Responsable" du Quartier des aliénées. Au départ il travailla un peu en corrélation avec Le Médecin Directeur de l'Hôpital Psychiatrique de QUIMPER, en l'occurrence Monsieur FOLLET, puis de façon tout à fait indépendante. Leurs noms ne figurent pas toujours au bas des rapports annuels mais l'un d'entre eux, Monsieur BODROS, assura ce service pendant de nombreuses années. Avant lui Monsieur SANQUER s'en était chargé. Ils n'étaient pas des Médecins du Cadre des Hôpitaux Psychiatriques mais ils assurèrent leur service avec, semble-t-il, beaucoup de soin et d'humanité. Ils ont certainement contribué, par leurs remarques et leurs recherches, tout comme l'ensemble des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques, à l'élaboration des données sur les faits de maladie mentale.

b) Les soins eux mêmes semblent assez limités. Il s'agissait d'abord d'une politique de séparation des différents groupes de malades, afin qu'elles vivent en paix. "Il y a deux quartiers tout à fait distincts, l'un pour les pensionnaires, l'autre pour les indigentes ; chacun d'eux est ensuite subdivisé selon l'état de santé ou de maladie, de calme ou d'agitation des malheureuses qui les occupent ; grâce à l'effet de ces subdivisions, on obtient ce calme et cette tranquillité qui surprennent les visiteurs" (Daumesnil).

Les thérapeutiques consistaient en purgatifs, calmants, toniques et bains. Les douches étaient réservées à des cas spéciaux. Les bains étaient les traitements les plus courants.

La contention n'intervenait que lorsque l'agitation était extrême, ou bien lorsque les malades présentaient des impulsions violentes ou enfin lorsqu'elles tentaient à tout prix de se suicider.

Il est fait état d'un traitement moral, mais nous y reviendrons au chapitre suivant.

c) Les recherches médicales : Elles ont dû naître de la nécessité pour le médecin de justifier aux yeux de l'Administration le maintien à l'intérieur de l'Hôpital des malades admises. Cette justification devait être dûment écrite, de la façon la plus claire possible afin qu'il n'y ait de doute pour personne. Elles ont dû naître aussi des difficultés propres à l'abord des malades mentales, dont les troubles étaient, sans doute comme maintenant, assez difficiles à saisir.

Aussi, dès le début, la nécessité d'enquêtes est apparue. Monsieur FOLLET (Préposé Responsable de l'Hôpital Psychiatrique de QUIMPER), écrivant en 1841 à l'Inspecteur des Etablissements de sécurité, joignait une note concernant MORLAIX, demandant que soient adressés des imprimés aux parents, au Maire, au Juge de paix et au Médecin de famille afin de recueillir le plus de renseignements possibles sur les aliénées admises au Quartier. Malgré l'envoi de ces imprimés, les renseignements souhaités ne seront pas toujours obtenus mais cela constituait une recherche assez complète sur le comportement familial, social et médico-légal des malades ainsi que des renseignements d'ordre purement médical.

Les Médecins ont donc recherché les causes des maladies présentées. En 1841 elles étaient mises, le plus souvent, sur le compte des chagrins de la vie, parfois sur celui de troubles organiques et climatériques.

Le Rapport de 1871 contient une recherche très vaste des différents facteurs ayant pu intervenir dans le déterminisme de la maladie mentale. Il est le plus complet que nous ayons trouvé sur ce sujet, aussi le prendrons nous pour exemple. Les malades y sont tout d'abord classées selon leur profession et l'on y fait remarquer le faible pourcentage de cultivatrices par rapport à l'importance de cette profession dans le département : "Nous croyons les cas de folie moins nombreux à la campagne et les aliénées y sont, plus souvent qu'à la ville, conservées dans leurs familles". Cela se vérifie aujourd'hui encore, bien qu'à un moindre degré.

L'âge y est consigné - moyenne d'âge : 44 ans 3 mois et 3 jours. (moyenne plus jeune qu'actuellement).

La situation de famille, et l'on note le nombre important de veuves : "la proportion de veuves est toujours plus que double de celle des célibataires ou des mariées. L'état d'abandon, la misère dans laquelle se trouvent souvent les veuves après la mort de leurs maris, leur âge

en général plus avancé, la tristesse de leur position sont peut-être les causes de leur nombre plus considérable dans les maisons d'aliénées".

Le degré d'instruction : "la statistique officielle des aliénés de France a constaté qu'une proportion beaucoup plus forte d'aliénés est fournie par ceux qui ont reçu une instruction supérieure à celle que donne l'instruction primaire ", mais cela ne se confirme pas ici, le niveau d'instruction de l'ensemble des hospitalisées restant assez bas.

L'hérédité : 8 entrées sur 30 de cette année, n'avaient pas d'antécédents familiaux, mais on remarque en ce domaine la difficulté d'obtenir des renseignements "exacts et sincères".

Les causes morales comportent avant tout les chagrins domestiques et les chagrins par "perte de personnes chères" ; puis viennent les scrupules, "la pudeur blessée", la jalousie, la frayeur et les événements politiques.

Enfin les causes physiques sont étudiées : l'épilepsie, hystérie, convulsions, le sevrage, l'abus des boissons alcooliques, la fièvre typhoïde et la variole.

En outre l'époque et les "genres de maladies auxquelles ont succombé les aliénées" sont signalées. (Sur les 36 décès de l'année, un cas "d'épuisement par agitation excessive"). "Quatre parmi les aliénées décédées cette année avaient recouvré la raison les quelques jours ou quelques heures qui ont précédé leur mort. Chaque année nous observons quelques cas semblables." Cette notion est devenue classique, bien qu'observée assez rarement.

Les rapports suivants sont moins détaillés et il semble bien regrettable que ces recherches spontanées n'aient pas été encouragées.

5°) La vie, le travail et les distractions des malades.

C'est ici que nous retrouvons la question laissée en suspens plus haut, du traitement moral des aliénées. Celui-ci ne paraît pas avoir subi d'importantes modifications au cours de ce siècle.

a) On eut soin de limiter le plus possible les contraintes et de réserver une grande part de liberté. Dans ce but, l'Hôpital avait acquis de nouveaux terrains. Le mur de clôture existait, il avait été construit certainement pour limiter les évasions mais aussi pour que les malades puissent se promener plus facilement dans ce domaine qui était le leur, sans que la surveillance risque d'être obsédante ou trop difficile.

"Pendant le jour j'interdis absolument l'isolement cellulaire et, sauf les jours de mauvais temps, nos aliénés vivent au grand air, dans les cours, les jardins, et sous les préaux. La plus grande somme de liberté leur est laissée dans l'intérieur de l'établissement et, sauf les très agitées, nos malades ont, d'une manière générale, la faculté de circuler à leur aise dans l'intérieur de l'asile" (Monsieur BODROS - 1899).

b) Le travail des malades valides avait toujours été non seulement admis mais encouragé à l'Hôpital, depuis les temps les plus anciens ; aussi, très spontanément, dès la naissance du "Quartier des femmes aliénées", fit-il partie de la vie de chaque jour. On lui reconnaissait un intérêt non seulement matériel et pratique mais encore une valeur thérapeutique ; le travail distrait (dans le sens premier du terme) les malades de leurs soucis et même de leurs délires ; il constituait, s'il était bien réalisé surtout, la preuve d'une conduite mieux adaptée, d'un bon pronostic. Dès 1843 on se félicite des bons résultats obtenus sur le cours de la maladie par l'application des aliénées au travail. Les travaux eux même : "un enclos qui renferme plus de quatre hectares en jardins, vergers et prairies, fournit aux aliénées de la campagne des travaux de culture et de jardinage, appropriés à leurs habitudes antérieures. Les autres sont employées à la couture, à la filature, au tricotage, à la fabrication des matelas, au raccomodage, à la buanderie ou au service de la maison". (Daumesnil). Le plus grand nombre des malades valides s'occupaient aux travaux des champs. La vie au grand air semble avoir vraiment été conçue comme une thérapeutique. "Ce travail exerce la plus heureuse influence hygiénique tant pour la santé du corps que pour celle de l'esprit".

Le travail des malades rencontra parfois des difficultés, en particulier le tissage qui nécessitait des mises de fonds assez importantes : achats de nouveaux métiers et de fil. En 1889 " Le Directeur termine son rapport succinct en se plaignant de ne pouvoir plus fournir aux aliénées un travail régulier". (Les mêmes problèmes se posèrent à QUIMPER à propos du fonctionnement de la briquetterie). Dans ce même rapport "Monsieur GESTIN a fait remarquer qu'une loi pouvait intervenir prochainement pour obliger les départements à créer, pour les aliénées, des colonies agricoles".

c) Les distractions des malades ont toujours existé, individuelles ou collectives ; le plus souvent il s'agissait de jeux et activités de groupe.

La lecture : dès 1843 existait sans doute une bibliothèque puisque la lecture est citée comme une possibilité parmi les autres loisirs.

La musique et le chant étaient pratiqués fréquemment, peut-être facilités par les habitudes de chant religieux de cette époque.

Les malades avaient aussi à leur disposition des jeux de cartes et de dominos.

Les promenades dans les jardins de l'Hôpital devaient être bien agréables. L'Hôpital est en effet construit sur le flanc d'une colline, toujours appelée "la Montagne", très verdoyante où serpentent de petits chemins. "La Montagne" est toujours très jolie ; elle devait l'être plus encore à ce moment là car elle faisait l'objet des soins de très nombreuses malades.

d) Il semble impossible de parler du "traitement moral" des malades sans faire allusion au personnel qui s'occupait des aliénées. Nous n'avons que très peu de renseignements sur lui ; en 1884, un gardien, deux gardiennes et sept soeurs converses, mais il semble que cela soit la totalité du personnel de l'Hôpital, Hospice Civil compris, soit très peu.

En 1887, "le tableau du personnel présente, en somme des contradictions telles qu'il est impossible de se faire une opinion sur ce personnel". Il apparaît être essentiellement religieux et très digne de louanges, bien que non spécialement formé à ce travail : "Je suis heureux de rendre hommage au dévouement, à la patience et à la douceur inaltérable que j'admire

tous les jours chez les religieuses chargées de cette maison, de donner aux aliénées les soins pénibles, souvent dangereux que réclame leur état. Elles aident beaucoup à la guérison de plusieurs et adoucissent le sort de celles qui ne peuvent guérir" (1871).

Le 19ème siècle a donc vu la naissance de l'Hôpital Psychiatrique. Sans doute y avait-il le problème de ces malades "qui ne peuvent guérir", de ces malades qui n'y ont pas encore leur place. On est resté cependant assez optimiste, il nous semble, sur les possibilités de l'Hôpital, sur son efficacité propre et l'on a conscience de répondre au mieux aux exigences de la loi.

IV - LE 20ème SIECLE

Tout comme pour le 19ème siècle nous diviserons son étude en 3 parties ; en effet le début du siècle, jusqu'en 1945, paraît, à quelques détails près, un prolongement du précédent ; la période située après 1946 constituant la période véritablement moderne où, non seulement, l'avènement de nouvelles thérapeutiques changera la vie des services, mais où encore l'Hôpital sera repensé (comme nous le verrons dans les perspectives d'avenir).

1°) - Pour le début du 20ème Siècle nous adopterons le même plan qu'auparavant en étudiant les locaux, la population hospitalisée, la morbidité, les soins médicaux et la vie des malades.

a) Les locaux

En raison des deux guerres qui paralyseront le pays, il y aura peu de constructions d'importance majeure. Il s'agira plutôt d'additifs aux bâtiments existants. Des murs épais les signalent encore au milieu de certains services. Beaucoup bénéficieront d'améliorations intérieures dont les plus notables sont l'installation progressive du chauffage central et celle de l'électricité. Nous ne signalerons que les constructions.

- En 1900 : 1 pavillon pour 10 pensionnaires
- En 1908 : 1 bâtiment à deux étages comportant chacun 20 lits dont 4 lits isolés. Un des étages pourra être affecté à l'isolement des tuberculeuses, le rez-de-chaussée servira d'atelier en temps ordinaire et accessoirement de salle de fêtes. Il paraît s'agir de ce que l'on appelle aujourd'hui "Le Châlet".
- En 1913 : 1 bâtiment comportant un dortoir de 40 lits et 20 chambres d'isolement.
- En 1924 : 1 pavillon (destination et contenance inconnues) "malgré cela l'asile est toujours encombré, le nombre des malades ne cessant de s'accroître régulièrement".
- En 1926 : 5 chambres d'isolement
- En 1934 : Agrandissement du Châlet fournissant 38 lits nouveaux et un réfectoire spacieux.
- Aucune construction ensuite jusqu'en 1946.

b) La population hospitalisée (tableau)

Elle double presque entre 1887 et 1945, alors que la population du Finistère est loin de le faire.

1887 : 707 820 Habitants
1932 : 756 793 Habitants
1954 : 727 847 habitants.

Y aurait-il donc plus de malades mentales ?

Ce qui est certain c'est l'augmentation importante du nombre d'entrées que ne contrebalancent pas les sorties et les décès.

En prenant les même références de dates on obtient pour les entrées :

1887 : 1,06 admission pour 10 000 Habitants
1932 : 2,82 admissions pour 10 000 Habitants.

Les entrées se sont donc multipliées par 2,6.

Les sorties ont progressé, mais en moindre proportion:

1887 : 9,4 sorties pour 100 hospitalisés.
1932 : 16 % de sorties, soit 1,7 fois plus.

MOUVEMENT DE LA POPULATION ENTRE 1902 ET 1945

ANNEE	EFFECTIF AU 31. 12	ENTREES	SORTIES	GUERISONS	RECHUTES	DECES
1902	509	143	68	39		86
1912	619	155	82	41	26	54
1922	790	212	100	50	22	96
1932	898	213	145	69	45	54
1942		145	98		96	154
1945	757	179	69		100	66

Quant aux décès, ils ont considérablement diminué ; ils portent sur :

1887 : 12 % des hospitalisées

1932 : 6 % seulement.

Ces remarques ne sont pas exactes pour la période de la guerre où les restrictions alimentaires paraissent en cause dans le nombre accru des décès, mais cela étant en relation avec des faits exceptionnels, nous n'avons pas voulu en tenir compte dans ces calculs de proportions.

Un autre fait déjà signalé dans la période précédente, et qui explique un peu la diminution du nombre de sorties est l'attitude des hospices qui sera fréquemment notée : "Les Hospices du Département ont une tendance regrettable, et qui va s'accroissant, à m'adresser, sous la rubrique démence senile, un nombre anormal de vieillards débilités, de cachectiques, de gâteuses, dont la place est plutôt dans un établissement hospitalier que dans un asile d'aliénés" (1906). Comment faire sortir des malades en si mauvais état, et où les adresser si les hospices ne veulent plus s'en charger ?

c) La morbidité

Le petit nombre de "folies paralytiques" est remarqué (1 entrée par an) alors que cette maladie est trouvée en plus grande proportion chez les hommes.

"Les folies alcooliques" sont reconnues plus nombreuses qu'auparavant. Depuis longtemps Monsieur BODROS les recherchait mais, faute de renseignements précis, il ne pouvait les affirmer : "J'ai la certitude que nombre d'aliénées admises comme maniaques ne sont que des alcooliques qui guérissent dès que leur organisme a réussi à se débarrasser du poison qui l'intoxiquait" (1911).

Monsieur ROLLAND aura plus de succès dans ce domaine; remarquant que l'on en découvre plus, il ajoute : "Dans l'enquête faite sur les causes de la maladie, les antécédents du malade sont beaucoup plus serrés qu'autrefois".

Les suicides paraissent plus nombreux en début de siècle qu'au 19ème : 5 suicides entre 1900 et 1908, tous par pendaison. Aucun n'est

signalé ensuite.

Les événements politiques ont trouvé comme toujours un écho au sein des délires des malades : les "Folies religieuses" sont nombreuses entre 1905 et 1909, elles se tarissent ensuite. Monsieur BODROS fait remarquer à propos de cette augmentation : "Il faut sans doute l'attribuer au fanatisme religieux qui s'est emparé principalement des femmes, dans notre région, à l'occasion des événements successifs qui se sont déroulés lors de l'exécution de la loi de séparation de l'Eglise et de l'Etat"(1906).

A partir de 1929 nous trouverons dans les Rapports annuels des termes diagnostiques à peu près semblables à ceux que nous utilisons maintenant.

1929 : Manie, mélancolie, Psychose hallucinatoire chronique, Psychose puerpérale, Confusion mentale, Alcoolisme, Idiotie, Imbecillité, Psychopathies dégénératives et des débiles mentaux, Epilepsie, Démence précoce, Démence sénile, Démence organique, Paralysie générale.

A la même date est soulignée la guérison rapide de la manie essentiellement, la mélancolie en second lieu, puis de la confusion mentale, des psychoses puerpérales, enfin des alcooliques.

d) Les soins médicaux

1°) - Les médecins : Bien que les hospitalisées aient été en nombre croissant, il n'en fut pas de même pour les médecins.

Monsieur BODROS assura seul le service jusqu'en 1908. Il fut secondé par Monsieur ROLLAND pendant trois ans, puis il prit sa retraite ; Monsieur ROLLAND en 1911 devint Médecin Préposé Responsable et travailla, seul lui aussi, jusqu'en 1930. Le Docteur DUQUET lui fut adjoint pendant un an, puis quitta le service en 1931, après le départ de Monsieur ROLLAND. Puis vint Monsieur LEYRITZ qui fut le premier Médecin-Chef issu du Cadre National des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques et qui resta à MORLAIX jusqu'en 1945. Monsieur DAOULAS lui fut adjoint en 1933.

2°) Nous n'avons que peu de renseignements, au cours de cette période, sur les soins médicaux eux mêmes. Ils doivent avoir été peu différents de ceux du siècle dernier.

- Autant que les locaux le permettaient, les malades continuaient d'être groupées en fonction de leur maladie, du moins selon leurs symptômes.

- Ce qui était appelé "traitement moral" consistait en "procédés de douceur, de patience", en paroles d'encouragement. Ces méthodes d'encouragement se matérialisèrent en 1904 par l'introduction de récompenses aux malades.

- L'isolement se fit de plus en plus rare : "J'ai également supprimé presque radicalement la cellule d'isolement" (1904).

- Une Pharmacie fut créée à l'Hôpital en 1908, cependant il n'est fait mention d'aucune chimiothérapie introduite dans le traitement des maladies mentales (pas même le bromure de potassium). Tout porte à croire que l'essentiel de la thérapeutique fut constitué par les bains, les douches, purgatifs et sédatifs mineurs. Tout cela ne devait pas être d'une très grande efficacité sur l'agitation et les cris des malades puisque Monsieur LEYRITZ réclama que l'on construise les asiles désormais loin des villes afin qu'ils "n'incommodent pas les habitants".

- En 1931 la mise en fonction d'un Service Ouvert fut une nouveauté dans les possibilités d'hospitalisation.

- Pour ce qui est du personnel soignant, nous n'avons aucune indication sur son effectif avant 1938. Il est seulement noté en 1906 que le recrutement des infirmières est très facile mais que leur salaire est reconnu de tous comme minime. Cependant, en comparant les effectifs trouvés au milieu du 19ème siècle à ceux que l'on trouve en 1938 et 1945, nous constatons qu'il s'est accru de façon importante et que cette augmentation porte essentiellement sur le personnel non religieux :

1938	:	17 religieuses - 88 personnel civil (105 en tout)
1945	:	15 religieuses - 74 personnel civil (89 en tout).

Nous devons ces indications au Rapport qu'a fait Monsieur Le Docteur BERCEGEAY dès son arrivée sur la période 1938 - 1945.

e) Les recherches médicales

Les Rapports annuels de ce début de siècle ont souvent été moins riches en ce domaine, axés bien plus parfois sur des demandes d'amélioration de locaux qui étaient tout à fait nécessaires. Les recherches sur les maladies mentales présentées n'étaient sans doute pas expressément demandées, aussi nous trouvons plutôt là des remarques sur des maladies physiques encore inconnues.

De 1906 à 1914 une maladie intrigua beaucoup Monsieur BODROS ; elle sévissait chez des malades vivant dans des dortoirs humides ; elle fut qualifiée d'étrange ; on la dit ressembler au bérubéri ou à l'anémie pernicieuse ; elle comportait des oedèmes migrateurs et son évolution était à rechutes. Le nombre des malades atteintes diminua dès qu'on eut refait les planchers et la maladie s'éteignit avant que les recherches biologiques et histologiques entreprises n'aient abouti.

On réfléchit aussi sur la tuberculose et les maladies mentales : la tuberculose frappe par contagion "toutes les grandes agglomérations quelles qu'elles soient, car il ne faut pas croire que la folie engendre la tuberculose". La crainte de l'encombrement dans l'asile était en grande partie fondée sur la peur des épidémies, en particulier de tuberculose, et cela depuis longtemps.

En 1945 : fréquence des cas de typhoïde endémique dans la région.

Les malheurs des temps et certaines épidémies ont atteint la maison. En 1918 "en tant que maladie, la grippe n'a pas été chez nous des plus nocives, mais beaucoup de malades atteintes, réduites par un régime trop ascétique imposé par les circonstances, n'ont pu faire les frais de leur convalescence et ont été emportées par une déchéance organique généralisée".

De même pendant la période 1939 - 1945 la sous-alimentation est rendue responsable d'oedèmes de carence et de diarrhées profuses, elles-mêmes à l'origine de nombreuses cachexies, ou de tuberculoses aiguës rapidement mortelles.

A ce sujet une comparaison intéressante a été faite par Monsieur Le Docteur BERCEGEAY entre la mortalité chez les indigentes et chez les pensionnaires, qui confirme tout à fait le rôle de la sous-alimentation dans le déterminisme de ces états rapidement mortels.

		1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945
MORTALITÉ	Indigentes	5,6	7,5	8,1	14	19	10	13	9,3
en %	Pensionnaires	2,5	2,4	0,8	3,2	5,3	3,7	7,3	5,2

f) La vie, le Travail et les distractions des malades

Les Rapports annuels, plutôt axés sur des revendications d'ordre matériel, sur des besoins de modernisation et d'extension de l'Hôpital, donnent dans cette période, assez peu d'indications sur la vie des malades. Notre impression est qu'elle n'avait pas été profondément modifiée.

En dehors des occupations déjà citées au siècle dernier, d'autres naquirent lors d'aménagements ou d'acquisitions nouvelles :

En 1902 : aménagement d'un vaste poulailler qui occupera quelques malades.

En 1906 : le cidre est fabriqué dans l'établissement.

En 1908 : une ferme est achetée "qui donnera une importance considérable à la culture maraîchère et potagère déjà très étendue dans l'établissement" et effectuée en grande partie par les malades.

En outre furent ouverts plusieurs nouveaux ateliers de couture et une matelasserie fut construite.

S'il y eut peu de changements dans les travaux des malades, les distractions s'enrichirent par contre, à la suite de l'installation de l'électricité, grâce à l'acquisition d' "phonographe" en 1912 puis du "cinématographe" en 1913.

2°) - La période moderne, comprise entre 1945 et 1967, se montrera, contrairement à la précédente, riche en changements de tous ordres, apparaissant à un rythme accéléré, ce qui semble une caractéristique de notre temps. L'avènement de thérapeutiques biologiques, électriques, neuroleptiques transformera la vie des services de façon très importante.

Nous prendrons encore une fois le même plan d'étude en nous attardant plus sur les chapitres qui ont été l'objet des plus grandes modifications.

a) Les bâtiments.Après une certaine stagnation qui correspond à la longue période de l'après guerre, les constructions seront nombreuses tendant toujours à répondre mieux à l'accroissement de la population hospitalisée ainsi qu'aux nécessités thérapeutiques.

- Jusqu'en 1952 : installation progressive, dans tous les services, du chauffage central.
- 1953 : construction d'un pavillon pour le 2ème Médecin-Chef.
- 1954 : Un grand bâtiment est en cours de construction, (il s'agit du Spernel) il sera terminé en 1957.
- 1963 : Mise en fonction du Service Ouvert Femmes dont l'édification est terminée
- 1964 : Ouverture des deux services d'admission qui doivent contenir 69 malades en tout.
- 1965 : Aménagement d'un Centre de Rééducation pour Alcooliques Hommes appelé "Le Rocher", pouvant admettre 40 malades.

- 1967 : Création d'un Institut Médico Pédagogique "Ar Brug" aux abords de la ville mais rattaché à l'Hôpital pour sa gestion et pour la surveillance médicale. (Il dépend du Secteur D).

Ainsi, dans cette dernière période, les constructions réalisées indiquent une diversification des tâches que se propose l'Hôpital Psychiatrique de MORLAIX qui tend à répondre de façon plus spécifique aux différentes demandes de soins psychiatriques ; l'on peut maintenant distinguer en dehors des classiques services fermés, un service ouvert pour femmes, un service de désintoxication pour hommes et un service de pédo-psychiatrie.

b) Les Hospitalisés (tableau)

Tout d'abord nous ne mettons plus le terme au féminin, en effet il est apparu un Centre de Rééducation pour alcooliques hommes, initialement inclus dans le service de Médecine qui deviendra tout à fait indépendant lors de la mise en service du "Rocher" en 1965.

Nous noterons pour mémoire la disparition en 1959 du "Pensionnat" (malades payant les frais de leur pension).

La population hospitalisée ne cesse d'augmenter :

830 malades en 1946

1242 malades en 1966

Cette croissance, assez régulière jusqu'en 1955 se ralentira dans la dernière décade, en raison notamment de l'introduction des neuroleptiques dans le traitement des maladies mentales.

Dans cette période en effet, un phénomène nouveau apparaît, c'est l'augmentation considérable du nombre de sorties :

1955 : 289 sorties

1966 : 879, soit 3,05 fois plus, chiffre jamais atteint jusqu'alors.

Le nombre d'entrées n'a pas évolué de la même façon :

1955 : 309 entrées

1966 : 453, soit 1,46 fois plus seulement.

S'il n'y avait eu que des sorties l'Hôpital aurait dû littéralement se vider ; mais un autre fait intervient, qui existait déjà sans avoir encore cette importance : il s'agit des "rentrées", (c'est-à-dire les réintégrations après un congé d'essai, les nouvelles hospitalisations après des sorties définitives). Ces retours à l'Hôpital Psychiatrique signifient un certain nombre de rechutes, et leur nombre augmente de façon assez considérable. Ces réhospitalisations n'étant pas compensées par les sorties expliquent l'augmentation, peut-être moindre mais régulière, de la population hospitalisée :

1955	:	72 rentrées
1966	:	412 rentrées soit 5,72 fois plus.

Quant aux décès, ils n'ont pas, contrairement au passé, continué à diminuer :

1946	:	40 décès pour 830 malades et 229 entrées, soit 1059 sujets traités, soit 3,96 %
1966	:	79 décès pour 1695 sujets traités, soit 4,6 %.

Cela semble paradoxal en cette période où les possibilités et l'efficacité thérapeutiques se sont considérablement accrues.

En fait, la population hospitalisée est âgée :

31,97 % au dessus de 65 ans

54 % au dessus de 55 ans,

et les décès concernent avant tout ces vieilles malades.

17 % entre 61 et 70 ans

39 % entre 71 et 80 ans soit 86 % des décès.

30 % au delà de 80 ans

Ces vieillards semblent particulièrement réceptifs à l'infection contractée souvent dès la fin de la première semaine d'hospitalisation.

Ainsi la sénescence, les perturbations affectives graves liées au changement de milieu, l'infection et plus spécialement l'infection respiratoire expliquent le grand nombre des décès des malades ayant dépassé 70 ans.

MOUVEMENT DE LA POPULATION POUR LES SECTEURS A, B, C.

ANNEES	EFFECTIF AU 31.12	ENTREES	SORTIES	INTERNEMENTS	DECES	RENTREES
1946	830	229	99	91	40	
1947	868	184	108	184	39	
1948	907	202	114	202	49	
1949	957	215	113	77	52	
1950	978	201	133		47	
1951	994	245	181		48	
1952	1021	300	221		50	
1953	1097	316	233		51	
1954	1147	309	266		39	
1955	1171	337	289		34	72
1956	1121	368	392		61	62
1957	1092	378	323		59	119
1958	1059	415	457		40	211
1959	1066	415	466		54	214
1960	1081	393	608	36	46	232
1961	1137	401	608		59	213
1962	1108	430	704		55	221
1963	1136	409	756		58	280
1964	1118	465	871		72	380
1965	1179	455	822		64	371
1966	1242	453	879		79	412

c) La morbidité psychiatrique

Pour établir un parallèle avec la période précédemment étudiée (1900- 1945), si en 1932 il existait 2,81 admissions pour 10 000 Habitants en service fermé, en 1967 nous en trouvons 6,59 en tenant compte des "rentrées" (terme trouvé dans les Rapports Annuels et consacré par l'usage). Il semble donc que la morbidité psychiatrique se soit accrue de façon notable puisque la demande de soins est plus importante. Nous ne reviendrons pas sur les diagnostics rencontrés, ils changent peu mais nous remarquerons en service fermé :

- L'importance de l'éthylisme chronique ou de troubles psychiques avec appoint éthylique, cela pour environ 30 % des hospitalisations. La pratique de l'alcootest, le dosage de l'alcoolémie permettent d'être plus affirmatif en ce domaine et les enquêtes sociales découvrent souvent un éthylisme parfois insoupçonné lors de l'examen des malades.
- Le nombre important des entrantes âgées : 35 % des malades admises ont plus de 60 ans.

Ces hospitalisations en service fermé expriment de façon très incomplète la morbidité psychiatrique. En effet il existe aussi des services qui comportent peu de lits mais comptent de nombreuses entrées ; il s'agit du Service Ouvert Femmes et du Centre de Rééducation pour Alcooliques Hommes.

- . en 1946 : 152 entrées pour le service libre femmes.
- . en 1966 : 235 entrées pour les femmes

512 entrées pour les hommes alcooliques,
et ce mouvement de population n'entrait pas dans la statistique précédente.

D'autre part, depuis 1967 l'Institut Médico Pédagogique "Ar Brug" prend en charge 75 enfants des deux sexes débiles légers (60 pensionnaires et 15 demi-pensionnaires). Cet I.M.P. reçoit de nombreuses demandes d'admission qui ne peuvent être satisfaites, il est donc insuffisant, pour résoudre les questions de pédo-psychiatrie de la région. Son existence ne permet absolument pas d'évaluer de façon précise la morbidité psychiatrique infantile.

Enfin, le nombre des consultations du dispensaire, le nombre des consultations privées qu'il est absolument impossible d'évaluer actuellement nous permettraient certainement de découvrir une morbidité psychiatrique beaucoup plus importante que celle trouvée en nous appuyant exclusivement sur le nombre des hospitalisés.

d) Les soins médicaux :

C'est dans ce chapitre qu'apparaîtront les plus grands changements.

1°) Les médecins et leurs activités

Les Médecins seront tous désormais issus du cadre des Médecins Chefs des Hôpitaux Psychiatriques et verront enfin leur nombre s'accroître.

De 1945 à 1950 : un Médecin-Chef secondé par un Médecin
de Médecine Générale

en 1950 : deux médecins-Chefs

en 1955 : trois Médecins-Chefs

en 1964 : quatre Médecins-Chefs.

Au fur et à mesure des nominations le quartier psychiatrique a été divisé en secteurs ; il en comprend actuellement quatre :

Secteur A : 400 malades

Secteur B : 458 malades

Secteur C : 382 malades en service fermé
21 malades en service ouvert

Secteur D : 51 malades du service de Rééducation
pour alcooliques
75 enfants de l'Institut Médico-Pédagogique.

Cette énumération donne une certaine idée de l'importance des secteurs mais ne donne aucune précision sur l'activité médicale. Nous en approcherons mieux en donnant le nombre de malades traités au cours de l'année, c'est-à-dire en totalisant les effectifs, les entrées, les réintégrations et les réhospitalisations :

Secteur A : 563 - Secteur B : 636 - Secteur C : 790.

Pour le secteur D il nous est impossible d'établir un nombre comparable puisque le fonctionnement de l'I.M.P. (Etablissement scolaire) est tout différent d'un service d'hospitalisation. Notons cependant 581 personnes traités en 1967 dans le service de Rééducation pour alcooliques.

L'Hôpital et les fondations qui lui sont rattachées ne sont pas les seuls domaines d'activité des Médecins ; des consultations d'Hygiène Mentale ont été rapidement créées : en 1945, une à BREST, une à MORLAIX. Elles ont été étendues à CARHAIX, LESNEVEN, LANDERNEAU, SAINT-POL DE LEON, et LANDIVISIAU, actuellement 20 consultations par mois.

2°) Les soins médicaux. Cette période a vu apparaître la plus grande part des thérapeutiques modernes.

- La sismothérapie, introduite en 1945, constitua déjà un grand progrès ; on s'étonna de voir guérir, grâce à elle, en deux ou trois mois des malades dont l'état aurait nécessité auparavant deux ou trois ans d'internement.

- En 1946 la méthode des chocs insuliniques, de Sakel, est entreprise ; à la même époque se situent les premières narco-analyses au PENTHOTAL-SODIUM.

- On note encore la Pyrétothérapie introduite en 1947, ainsi que les traitements par sels d'or et l'antabus en 1949.

En 1950, 70 % des malades traitées au Service Ouvert Femmes ont bénéficié de ces thérapeutiques nouvelles. L'on remarque à ce moment une élévation du nombre de sorties guéries (94 sur 140), alors que la proportion était moindre auparavant ainsi qu'une diminution relative du nombre d'internements parmi les malades admise en Service libre.

- En 1953 une première lobotomie, effectuée à Saint-Méen, a été tentée mais la malade est revenue non améliorée. D'autres lobotomies ont été faites ensuite . De meilleures techniques opératoires, des indications plus judicieuses expliquent leurs meilleurs résultats. Pour bon nombre de malades confiées aux neuro-chirurgiens cette thérapeutique permit des sorties inespérées.

- En 1953 toujours, sont entreprises des cures de sommeil.

- En 1954 la sismothérapie se fait sous curare, mais ce n'est pas là encore la grande nouveauté.

- C'est en 1955, lors de l'introduction des premiers neuroleptiques, que se situe le grand changement.

La Chlorpromazine sera employée à des doses variables, la Réserpine entre 3 et 10 mg ; ces médicaments seront très largement utilisés ; les dossiers des malades en font foi ; ils amèneront "la guérison spectaculaire des psychoses jusque là considérées comme incurables". Effectivement certaines malades hospitalisées depuis quinze et vingt ans quittèrent définitivement l'établissement. Toutes ne sortirent pas, cela est vrai, mais à partir de ce moment le visage de l'Hôpital changea. Il avait été jusqu'alors le siège d'une agitation assez intense et surtout peuplé de cris stridents que toute la ville entendait. (Cela était si vrai que Monsieur LEYRITZ avait demandé qu'on veuille bien implanter l'établissement psychiatrique dans la campagne puisqu'il incommodait si fortement la ville). L'Hôpital devint calme et silencieux, les malades jusque là agitées devinrent plus abordables et purent commencer à s'occuper manuellement. Ce fut vraiment une révolution. Aussi, en 1956, 400 malades purent bénéficier de l'ergothérapie.

Ensuite apparurent peu à peu des tranquillisants, des thymoanaleptiques et d'autres neuroleptiques majeurs : Lévomépromazine (1957), Prochlorpérazine (1959), Thiopropérazine (1961). Tous ces traitements biologiques ont eu tendance en 1955 - 1956 à éclipser la sismothérapie et la méthode des chocs insuliniques thérapeutiques qui conservent toutefois des indications particulières.

- L'introduction de toutes ces techniques n'est pas le seul événement du siècle quant au traitement des malades mentales ; La psychothérapie sous ses diverses formes est un autre pôle du traitement.

En 1956, Monsieur SCHNETZLER écrivait : "un médecin pour 361 malades dans un service qui totalise 312 entrées par an, en comptant le service libre (Hommes), rend évidemment impossible toute psychothérapie individuelle".

Chacun sait que les psychothérapies demandent au médecin beaucoup de temps ; celles qui sont entreprises ne peuvent résulter que d'un choix. Il est regrettable que ce choix reste obligatoirement trop limitatif.

A la faveur du calme amené par les neuroleptiques, une autre modalité thérapeutique a pu se développer : l'ergothérapie ; elle a pris une extension considérable et les travaux proposés aux malades se sont diversifiés : tricot, broderie, reliure, tissage, fabrication de tapis, sérigraphie, cartonnage, poterie, vannerie. Ces travaux s'effectuent au sein de chaque service, dans un cadre agréable, guidés par des infirmières ayant suivi des stages de perfectionnement. En outre la participation des malades aux soins du ménage est habituelle. Il existe un petit pavillon, tout à fait indépendant du groupe principal des bâtiments appelé "école ménagère" où les malades (susceptibles de sortir bientôt, ou dont on veut éveiller l'adaptabilité) apprennent à faire avec méthode cuisine, menus, couture, coupe. Cette réalisation semble particulièrement heureuse, en préparant une meilleure adaptation pratique à la vie au dehors.

- C'est dans cette dernière période que se réalise l'extension des soins médicaux aux éthyliques et aux enfants, catégories de malades qui n'avaient pas fait jusque là l'objet de mesures particulières.

Les éthyliques : Ces malades faisaient depuis longtemps l'objet d'un dépistage systématique en dispensaire, mais rien n'était prévu localement pour les malades du sexe masculin (hormis de les internier à QUIMPER, ce qui les éloignait beaucoup de leur famille).

Les malades femmes étaient et sont encore admises en service ouvert ou fermé selon la gravité des troubles qu'elles présentent.

Les hommes ont longtemps été admis au service ouvert hommes alors qu'il était inclus dans le service de Médecine. Cela comportait beaucoup d'inconvénients de tous côtés. Ils furent résolus par la mise en service du Rocher qui peut recevoir en outre des éthyliques dangereux (selon la loi de 1954). Le service est doté de l'Assistante Sociale, indispensable en Psychiatrie, et plus encore dans ce type de service.

D'autre part, en raison des possibilités de travail, il a été créé à BREST un foyer de post-cure pour éthyliques "Ar Styvel". Ce foyer est destiné aux malades sortant d'une cure de désintoxication, isolés du point de vue familial et social ; il doit leur apporter de nouvelles possibilités d'adaptation et de réinsertion sociale. Ceux qui s'y trouvent travaillent à l'extérieur, prennent leurs repas et dorment au foyer tout comme ils le feraient s'ils avaient une famille. Ils restent sous surveillance médicale quotidienne : c'est un infirmier des Hôpitaux Psychiatriques qui assure cette surveillance et qui veille à l'Administration du traitement. Surveillance hebdomadaire aussi, puisque Le Médecin-Chef du secteur D, qui est aussi Médecin du Foyer, vient revoir chaque semaine ses anciens malades.

Enfin pour ceux qui sont rentrés définitivement chez eux, il a été institué chaque samedi matin une consultation au "Rocher" destinée à la surveillance des éthyliques qui y sont régulièrement convoqués.

Cette surveillance de post-cure à l'Hôpital dans le service est bénéfique pour les malades hospitalisés qui constatent aussi que des malades, des camarades, sortis depuis plusieurs mois ont réussi à surmonter le handicap de la suppression de l'alcool. C'est pour eux, une bonne psychothérapie. En ce qui concerne les malades en post-cure, le fait de se retrouver régulièrement dans le service leur rappelle qu'ils sont encore des malades fragiles ayant besoin de soins médicaux.

Les enfants. Ce grave problème des enfants arriérés ou difficiles a pu ces dernières années recevoir des solutions partielles.

En 1963 il n'existait pour le Finistère Nord aucun établissement public destiné à ces enfants. Seuls des établissements privés apportaient des soins à certaines catégories :

A MORLAIX, l'I.M.P. de TREVIDY recevant des fillettes de 6 à 12 ans dont le Q.I. se situe entre 0,50 et 0,75.

L'Institution Notre Dame de La Pitié à LANDERNEAU concernant les fillettes non éducatiles au dessus de 15 ans.

L'Externat des Papillons Blancs à BREST s'adressant surtout aux

semi-éducables en particulier aux Mongoliens.

Saule l'I.M.P. de TREVIDY et L'Institution Notre-Dame de La Pitié de LANDERNEAU pour fillettes répondent à la définition d'un service de Neuro-psychiatrie infantile.

Il s'est créé pendant ces dernières années plusieurs établissements tendant à combler cette insuffisance :

"Ar Brug" reçoit des enfants des deux sexes dont le quotient intellectuel se situe entre 0,70 et 0,90. Cet établissement scolaire dépend administrativement de l'Hôpital.

"Les Genêts" établissement privé accueille une centaine d'enfants des deux sexes dont le Quotient Intellectuel reste inférieur à 0,50. Quant à l'établissement de Ker Raoul à la ROCHE MAURICE, créé par l'Action Sanitaire et Sociale, il s'adresse aux jeunes délinquants et prédélinquants.

Tous ces établissements bénéficient d'une surveillance médicale ;
Pour prendre l'exemple "d'Ar Brug" :

- . Surveillance psychiatrique, ophtalmologique, oto-rhino-laryngologique.
- . Les Médecins sont assistés de psychologues et d'éducateurs spécialisés.

e) Le personnel

1°) - Les infirmières étaient initialement peu nombreuses et n'avaient aucune formation professionnelle. En 1950, un premier progrès fut le recrutement de deux infirmières diplômées d'Etat. L'évolution s'est ensuite accélérée tant dans le nombre que dans la formation. Elles restent trop peu nombreuses encore, en regard des effectifs réglementaires.

En 1947 elles étaient 94.

En 1956 elles étaient 200 (effectif réglementaire 263)

En 1962 elles étaient 267 (effectif réglementaire 312)

En 1965 elles étaient 332 (effectif réglementaire 400)

En 1967 elles étaient 383.

Elles sont les "bras-multipliés" des médecins, de par leur formation.

2°) Il existe actuellement un secteur important dans l'activité des Médecins ainsi que des Directeurs et Sous-Directeurs de l'Hôpital, il s'agit de la formation du personnel.

Si en 1945 le personnel de l'Hôpital psychiatrique ne recevait encore aucune formation professionnelle, en 1950 sont établis des cours à l'intention des futures infirmières, et actuellement il existe une école organisée pourvoyant à cette formation.

La création de cette école a été extrêmement bénéfique car elle a permis de fournir à l'Hôpital psychiatrique nombre d'infirmières valablement formées, réduisant de façon importante le déficit numérique grave qui existait initialement au niveau du personnel soignant. Par ailleurs certaines ont pu compléter leur formation en suivant des stages d'ergothérapie.

3°) Notons en outre l'existence de quatre Assistantes Sociales (une par secteur) qui sont chargées des relations avec les familles, des enquêtes, des rapports avec les Hospices de la région, parfois de la surveillance de post-cure de malades qui omettent de se présenter aux consultations de dispensaire. Il existe aussi des Assistantes Sociales dans chaque dispensaire.

Actuellement l'Hôpital psychiatrique ne possède qu'une psychologue et ce chiffre semble très insuffisant.

f) La vie des malades hospitalisés

Nous l'avons aperçue tout au cours de cet exposé ; nous n'y reviendrons que très brièvement en disant qu'elle a été améliorée, de toutes sortes de façons. Une certaine liberté est accordée aux malades assez stables qui peuvent sortir en ville seules ou accompagnées d'une infirmière. D'autre part au niveau des distractions habituelles on trouve maintenant, la Télévision (dont chaque service est pourvu), et, depuis quinze à vingt ans, de nombreuses promenades en groupe, les conduisent chaque été au bord de la mer dans toute la région.

Ce long chapitre d'histoire est terminé. Au cours de son étude nous avons soulevé certaines questions, laissé certaines autres un peu dans l'ombre. Notre objet est maintenant de reprendre celles-ci afin de mieux voir dans quelle mesure les structures actuelles répondent aux exigences du moment et du lieu.

LES BESOINS ACTUELS

Nous laisserons de côté ceux que nous avons signalés tout au cours de l'étude purement historique.

Nous omettrons volontairement les questions qui sont purement administratives concernant les modes d'hospitalisation ou la question des Biens des malades qui ne font pas l'objet de ce travail et ferons quelques remarques préliminaires.

La loi créa, au siècle dernier des Hôpitaux Psychiatriques à visée curative ; les modes d'internement ne furent conçus que pour protéger le malade contre certains abus possibles - oui - mais la maladie mentale elle-même s'est montrée extrêmement difficile à soigner, une des plus chroniques, et des plus invalidantes. Cela est rendu maintenant assez intolérable par le fait que les thérapeutiques médicales ont fait dans tous les domaines des progrès immenses.

Si les Hôpitaux Psychiatriques ont pu être appelés, au siècle dernier des "Dépôts pour aliénés", il ne nous semble pas que cela puisse être mis sur le compte des lois qui les ont créés, ni sur celui des hommes qui les ont fait fonctionner, mais sur le compte de la maladie elle-même et sur celui du manque de moyens thérapeutiques. De nombreuses recherches ont été faites ; elles ont apporté une meilleure connaissance de chaque maladie, elles ont donné des méthodes thérapeutiques pour de nombreux types de malades. Tout cela, chacun le sait et il existe partout non seulement une demande de soins mais une exigence de soins adaptés au mieux.

Ce qui est souhaité c'est, sinon la guérison totale et définitive, du moins la possibilité pour le malade de reprendre une vie familiale et sociale la plus proche possible de la normale, et, pour les malades trop atteints la possibilité de vivre dans un lieu et selon des modes qui conviennent à leur état et qui tendent toujours à une amélioration de celui-ci

Nous envisagerons successivement les problèmes d'accueil des malades, ceux des soins, et enfin celui du travail des malades et de leur réinsertion.

I - L'accueil des malades

Nous avons vu, tout au long de l'histoire de l'hôpital les locaux très fréquemment qualifiés d'insuffisants en raison de l'augmentation du nombre des hospitalisés ; leur inadaptation a été tout autant signalée.

A) Les possibilités d'accueil

Rares ont été les époques où les locaux aient été jugés satisfaisants. De nombreuses constructions, récentes, ont permis une "décongestion" des services ; cependant si l'on compare la capacité maximum et l'accueil effectif la balance penche toujours du côté de l'accueil effectif.

ANNEE	Capacité maximum	Nombre d'Hospitalisés
1960	915 lits	1081
1963	"	1108
1964	"	1118
1965	940 lits	1213
1967	"	1312

On objectera les constructions faites depuis 1960. Elles étaient d'urgente nécessité, étant donné l'encombrement de tous les services. Elles devaient être de petite capacité, elles ont en fait accueilli elles mêmes plus de malades que prévu.

EN 1967

SERVICE	:	CAPACITE PREVUE	:	ACCUEIL EFFECTIF
ADMISSION A:	:	34	:	54
ADMISSION B:	:	34	:	54
ROCHER	:	40	:	53

Certains dortoirs comptent encore de nombreux lits supplémentaires au milieu des pièces et la circulation n'y est pas toujours aisée. Ces nouveaux bâtiments n'ont donc pas tout à fait pallié au manque initial de

En dehors de l'Hôpital, l'I.M.P. "Ar Brug" constitue une belle réalisation. Les pavillons gardent un aspect de "maison" et semblent tout fait répondre à ce que l'on attend d'eux du point de vue de la fonction. Pour satisfaire toutes les demandes d'inscription il est prévu que cet établissement ouvre ses portes à un nombre plus grand de demi-pensionnaires. Il est aussi envisagé dans un avenir proche la création d'un Institut Médico Professionnel qui compléterait la formation purement scolaire d'"Ar Brug". Cela doit se faire mais dans l'immédiat il est certain que l'I.M.P. "Ar Brug" ne peut répondre aux nécessités d'accueil des enfants retardés.

De même, bien que ces établissements ne dépendent pas administrativement de l'Hôpital, on peut inclure dans ce chapitre l'I.M.P. des "Genêts" et celui de "Trévidy" du fait que la surveillance médicale y est assurée par les Médecins-Chefs de l'H.P. de MORLAIX.

"Les Genêts", destinés aux enfants arriérés profonds des deux sexes reçoit quantités de demandes (plusieurs centaines) qui ne peuvent obtenir de réponse favorable.

"Trévidy", réservé aux enfants semi-éducables de 6 à 12 ans, n'admet que des fillettes, Les garçons ne peuvent bénéficier des mêmes soins dans aucun établissement.

B) La répartition des lits et l'inadaptation des locaux

1°) La répartition des lits. Dans la plupart des services les différentes catégories de malades restent mélangées malgré les efforts des Médecins-Chefs pour assurer une meilleure répartition.

- Les démentes séniles sont habituellement groupées (ce qui a un heureux effet sur leur comportement).

- Les arriérées profondes, sauf dans le Secteur A restent éparpillées dans plusieurs services.

- Les jeunes malades débiles caractérielles sont au contact de malades beaucoup plus gravement atteintes.

2°) L'inadaptation des locaux

Les lieux ont été mieux adaptés aux nécessités de l'ergothérapie et de la vie des malades. Chaque service important comporte, outre des dortoirs et des chambres d'isolement, une salle à manger, une salle de jour et un ou plusieurs ateliers d'ergothérapie.

Tous les services ont été modernisés, repeints. Des sanitaires très valables ont été aménagés. C'est une grande amélioration pour celles qui y vivent.

Les lieux sont assez satisfaisants pour les malades valides à qui l'on peut accorder une certaine liberté mais ils ne le sont pas pour des vieillards, des malades fragiles physiquement ou des arriérées.

En effet, en dehors des bâtiments neufs, qui ne comportent qu'un étage, il s'agit de bâtiments très hauts, à quatre étages ; aussi il existe des dortoirs faisant fonction de salle de jour, situés souvent aux seconds étages et dont les malades ne peuvent sortir ; d'autant plus que les ascenseurs manquent pour les malades peu valides.

Le pavillon Sainte-Croix est ainsi un pavillon dont trois étages sont consacrés aux séniles mais seules les malades du rez-de-chaussée peuvent se promener dans le jardin. Le même problème se pose pour les malades âgées qui sont au premier étage du Spernel ou du Châlet.

Les bâtiments ne sont pas adaptés à l'âge d'une partie des malades. Or 32 % de celles-ci ont plus de 65 ans.

Ils ne le sont pas non plus pour les arriérées profondes qui ne peuvent être mélangées aux autres malades en raison de leur agressivité ; celles-ci restent dans les dortoirs et ne sortent guère qu'une à une selon le temps dont disposent les infirmières qui s'occupent d'elles.

Dans l'ensemble les services sont trop importants :

- . 5 services comptent plus de 100 malades chacun.
- . 5 services comptent plus de 70 malades chacun.

Donc 850 malades se trouvent dans des services en grande partie inadéquats.

EN RESUME :

- Les possibilités d'accueil restent insuffisantes en particulier pour la pédo-psychiatrie.
- Les conditions d'hospitalisation des adultes sont en général valables mais pour les vieillards et les arriérées profondes, il existe une mauvaise répartition des lits en raison d'une inadaptation notoire des locaux.

II - Les soins médicaux

A) Les Médecins :

Pratiquement un seul médecin jusqu'en 1950. Quatre Médecins-Chefs depuis 1964. C'est, là aussi, un grand progrès.

Chaque secteur, nous l'avons vu, comporte un très grand nombre de malades (environ 400), qui suffirait largement à l'activité de chaque Médecin-Chef ; mais s'y ajoutent bien d'autres activités tout aussi indispensables :

- . Les consultations de dispensaires qui comportent les plus souvent 20 à 25 consultants, et certaines obligent à se déplacer jusqu'à BREST.
- . Les consultations demandées pour des malades hospitalisés en Médecine, Chirurgie, Pédiatrie.
- . Les cours réguliers aux Elèves-infirmières.
- . Les conférences post-universitaires.
- . Enfin les "causeries" aux internes.

Cela est beaucoup trop et nous ne reviendrons pas sur la quasi-impossibilité d'entreprendre quelques psychothérapie que ce soit pour des malades qui en ont parfois un besoin urgent.

Malgré cela certains arrivent parfois à faire des réunions d'équipe soignante qui sont d'un grand intérêt.

B) Les internes sont théoriquement deux par service (huit en tout) chargés avant tout de la Médecine somatique et des gardes qui sont communes avec celles de l'Hospice Civil. Il s'agit en principe d'internes des Hôpitaux Psychiatriques recrutés lors du concours régional. En fait ils sont très souvent stagiaires internés attirés par MORLAIX en raison de sa situation et de l'importance de l'Hôpital. Lorsqu'ils arrivent ils pensent effectuer des stages en Médecine, Chirurgie, Pédiatrie etc... mais ces différents services sont souvent déjà pourvus. Ils vont donc en Psychiatrie et suivent aussi au petit matin, la visite de Médecine. Ils ne sont pas toujours orientés

vers la spécialité, cela explique que leur nombre soit assez fluctuant et qu'il n'y ait pas au niveau des internes la stabilité que l'on trouve dans d'autres Hôpitaux Psychiatriques.

C) Les Infirmières : Actuellement trop peu nombreuses encore. Les difficultés naissent à leur niveau du fait du trop grand nombre de malades séniles, assez souvent gâteuses qui les mobilisent en des soins de nursing excluant parfois les soins proprement psychiatriques : conversations avec les malades ou même simplement écoute de ce qu'elle ont à dire. Il faudrait qu'il existe en dehors des infirmières des agents hospitaliers chargés du nursing et recevant une formation psychiatrique.

D) Le Service Social : est indissociable des soins médicaux dans les deux pôles de l'hospitalisation, à l'arrivée et à la sortie.

A l'arrivée, l'enquête sociale est parfois indispensable pour étayer le diagnostic. A la sortie, ou plutôt pour la sortie, en prévenant les difficultés de réadaptation du malade à la vie familiale et sociale. Ce service est assuré par quatre assistantes sociales (une par secteur) qui permettent de mieux connaître les malades, leurs conditions de vie, leurs difficultés matérielles, leurs possibilités de réinsertion familiale et sociale. A l'occasion d'enquêtes, elles assurent même parfois une discrète surveillance de la post cure en allant voir à domicile les malades sorties récemment des services. Le service social semble suffisamment étoffé, tant à l'Hôpital que dans les dispensaires d'Hygiène mentale.

E) Les Psychologues :

L'Hôpital de MORLAIX n'en possède qu'une et cela semble tout à fait regrettable. Dans les services fermés il est fait assez peu appel à ses ressources sauf pour des malades particulièrement difficiles à saisir. Si chacun demandait sa contribution normale les demandes ne pourraient être satisfaites.

Dans les Services Ouverts son activité semble encore plus nécessaire, mais le service qui exigerait vraiment une psychologue à temps plein est bien l'Institut Médico Pédagogique !

En 1966 "La Direction de l'Hôpital a bien voulu accepter le principe de la création de trois autres postes de psychologues. Il y aurait ainsi une psychologue par équipe médicale". Le progrès serait réel si ces postes étaient pourvus, ce qui n'est pas encore réalisé.

III - La réinsertion des malades :

Au temps où l'on avait créé des "Dépôts de Mendicité" les "pauvres" hospitalisés avaient la possibilité d'apprendre un métier, cette précaution était essentielle pour faire disparaître la pauvreté elle même et la mendicité.

Aujourd'hui il ne s'agit pas de mendiants mais de malades mentaux. Leur maladie elle même ou bien ne leur a pas permis d'acquérir une formation professionnelle, ou bien les empêchera de reprendre leur métier initial. Pour ceux dont la guérison a nécessité une longue hospitalisation les difficultés sont plus grandes encore : insertion familiale et sociale, réadaptation à la vie à l'extérieur (même s'ils sont bien acceptés par ceux qui les accueillent), réadaptation au travail qui comporte des horaires précis et une obligation de rendement. En outre pour tous ces malades une surveillance de l'état psychique et de la poursuite du traitement est nécessaire. Lorsque ces difficultés sont non ou mal résolues, le malade, jugé amélioré et qui pouvait sortir :

- ou bien ne le peut pas et reste à l'Hôpital alors que son hospitalisation n'est plus médicalement justifiée
 - ou bien, après une courte sortie, rechute et revient à l'Hôpital.
- Il faudrait donc que soient mieux assurées :
- la formation professionnelle de ces malades,
 - leur insertion familiale et sociale et que soient établies des structures de transition.

A - la formation professionnelle :

Elle ne peut être du ressort des Hôpitaux Psychiatriques.

Il existe un centre de formation professionnelle pour les Adultes à MORLAIX, mais il ne peut prendre en charge que des malades hommes peu atteints. La région est dépourvue de centre de ce genre pour les femmes.

B - La réinsertion familiale et sociale est délicate en particulier pour trois groupes d'individus :

- . Les malades jeunes
- . Les malades âgées
- . Les célibataires.

1°) Les malades jeunes (entre 18 et 21 ans).

Il s'agit souvent de petites débiles caractérielles qui sont une telle charge pour leur famille que celle-ci ne veut plus les conserver. Elles ont souvent fait, avant d'être admise ici, un séjour dans un établissement pour délinquants ou pré-délinquants. Elles pourraient vivre dans des maisons de type familial spécialement conçues pour elles, en restant sous surveillance médicale, entourées d'un personnel adapté. Il n'en existe pas ici et l'on doit les garder à l'Hôpital puisqu'elles ne sont plus justiciables d'établissements pour délinquants.

2°) Les malades âgées :

Certaines présentent une démence très évoluée ; leur place est évidemment à l'Hôpital psychiatrique. D'autres, par contre, ont présenté des troubles qui se sont vite résolus sous l'influence d'un traitement et pourraient très bien retourner soit au sein de leur famille soit à l'Hospice d'où elles viennent.

Un certain nombre de familles les reprennent aisément, d'autres s'y refusent pour des raisons de logement ou de travail, d'autres enfin ne peuvent en supporter la charge matérielle.

Quant aux hospices, le plus souvent encombrés, ils sont réticents à l'égard de ces malades sources de perturbations devant lesquelles ils se trouvent désarmés et anxieux.

En fait bien souvent l'hospitalisation en milieu psychiatrique pourrait être évitée s'il existait sur place au niveau de l'Hospice non seulement une surveillance psychiatrique modeste, (par une infirmière H.P. par exemple) mais aussi une collaboration du Médecin et du Psychiatre. Cela éviterait à ces malades un changement de milieu qui aggrave le plus souvent leurs troubles et qui constitue pour elles un traumatisme psychique grave, parfois même irréversible.

3°) Les célibataires pouvant sortir : deux cas se présentent

a) Les célibataires pouvant sortir mais ne pouvant pas assurer véritablement un travail :

- Si elles ont une famille, celle-ci ne souhaite pas toujours les reprendre en raison de la charge matérielle que cela représente.

- La solution du "placement familial" est possible ; les demandes faites par le service social obtiennent le plus souvent satisfaction et la malade rentre dans sa famille.

- Si elles n'ont pas de famille, les Hospices veulent bien parfois les prendre en charge. Assez fréquemment cependant ces malades ne souhaitent pas quitter l'H.P. où elles se trouvent protégées, à l'aise, ayant pris quelques habitudes.

Les tentatives de sortie pour ces malades qui pourraient très bien vivre à l'extérieur se soldent souvent par un échec : elles reviennent très rapidement à l'Hôpital . Il semble qu'elles ne peuvent plus vivre seules tant elles sont habituées à une vie communautaire dans un milieu très sécurisant. Lorsqu'elles reviennent elles disent souvent : "J'avais peur". Le milieu Psychiatrique est sans doute trop sécurisant. Cela serait peut-être à étudier en vue d'une psychothérapie prévenant ce genre de rechutes. En effet il ne s'agit pas alors de véritables rechutes de la maladie elle même ; dès le retour à l'H.P. elles se trouvent être à ce point de vue en aussi bon état qu'avant de partir.

b) Les célibataires pouvant sortir et travailler mais s'étant désinsérés socialement au cours des années.

Il a été créé à BREST un foyer de Post-cure pour ce type de malades. Son fonctionnement est satisfaisant et ses résultats semblent heureux mais ce foyer ne concerne que les malades du sexe masculin et il n'existe à ce jour rien de semblable pour les femmes.

C) Les questions soulevées par la reprise du travail pour des malades ayant nécessité une longue hospitalisation. Nous parlerons ici surtout des femmes.

Elles n'ont souvent aucune formation professionnelle, elles n'ont parfois jamais travaillé à l'extérieur ; voilà déjà deux difficultés lorsqu'elles doivent se présenter à un employeur éventuel. Elles doivent de plus soigneusement cacher le fait qu'elles sortent d'un Hôpital Psychiatrique, ce qui leur ferait opposer un refus presque systématique.

Lorsqu'elles trouvent enfin un poste elles ont de grandes difficultés d'adaptation :

- au nouveau milieu dans lequel elles doivent vivre et qui n'est pas, comme l'H.P. protecteur et sécurisant.

- au travail lui-même. De nombreuses activités sont proposées aux malades au sein de l'Hôpital mais les travaux qu'elles y effectuent ne comportent aucune exigence de rendement et demandent assez peu d'initiatives.

Quelques unes arrivent à surmonter ces difficultés mais souvent, pensant que le traitement qu'elles suivent est responsable de la lenteur qu'on leur reproche, ces malades diminuent leur traitement et même l'arrêtent complètement. Au bout de quelques semaines elles rechutent, présentent des troubles évidents pour tous, si bien qu'elles sont à nouveau hospitalisées et qu'elles perdent ainsi définitivement leur emploi.

Il serait nécessaire que soient réalisés dans ce domaine des structures de transition comportant une exigence de travail et de rendement en même temps qu'une surveillance médicale. Ce souhait est très ancien.

Dans le Rapport de 1889 "Monsieur GESTIN a fait remarquer qu'une loi pouvait intervenir rapidement pour obliger les départements à créer, pour les aliénés, des colonies agricoles". Ce besoin d'ateliers protégés (c'est le terme actuellement employé) n'est toujours pas satisfait, et voilà encore une autre cause de stagnation des malades à l'Hôpital psychiatrique. Nous manquons dans bien des cas de structures plus ouvertes et plus adaptées. Il est certain que ces structures demandent une législation spéciale ; les ateliers protégés créés dans certains départements rencontrent des difficultés importantes qui ne sont pas aisées à résoudre.

En résumé de ce chapitre disons qu'actuellement :

- Les possibilités d'accueil, insuffisantes, seront mieux adaptées aux besoins si des constructions nouvelles sont faites dans un proche avenir.
- Les soins médicaux demanderaient une augmentation notable du nombre des Médecins, des Psychologues, des Infirmières et des Agents Hospitaliers.
- La réinsertion des malades nécessiterait des structures de transition :
 - . Plusieurs foyers de post cure (chacun étant destiné à un type de malade particulier).
 - . Plusieurs ateliers protégés (même remarque).
 - . Un centre F.P.A. pour femmes.
- Les questions soulevées par les vieillards seraient plus heureusement résolues s'il existait une collaboration médicale entre les Hospices et les Hôpitaux Psychiatriques.

LES PERSPECTIVES D'AVENIR

I - Monsieur Le Docteur G. DAUMEZON présenta en 1959, au nom de la Commission de l'Equipement psychiatrique de la Région parisienne, un "Essai d'Histoire critique de l'appareil d'assistance aux malades mentaux dans le département de la Seine depuis le début du 19ème Siècle", que nous avons pu lire dans l'Information Psychiatrique de janvier 1960. Bien que cet Essai concerne les Hôpitaux de la Seine, il nous a semblé bon de le rappeler car il évoque des problèmes communs à tous les Hôpitaux Psychiatriques. Ce rapport est assez pessimiste dans son ensemble et appelle des modifications de l'appareil d'assistance aux malades mentaux. Nous ne pouvons citer toutes ses conclusions et ne prendrons que la dernière "en 1959 il est permis de proposer en dehors des conduites d'hospitalisation d'autres appareils sociaux non moins indispensables pour la prise en charge du malade mental.

On doit donc adjoindre au schéma de Girard de Cailleux son extension ou plutôt son intégration dans un appareil local de prise en charge de la Santé Mentale de chaque circonscription".

II - Il semble que cet appel ait été entendu, et la circulaire Ministérielle du 15 mars 1960 est relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales d'une part et, d'autre part comme le plan directeur des Hôpitaux psychiatriques anciens.

"La présente circulaire a pour but de définir la politique à suivre dans chaque département, au cours des années à venir, pour permettre la mise en place d'un dispositif mieux adapté et plus efficace que jusqu'à présent, et constituant véritablement une organisation de lutte contre les maladies mentales.

Ce dispositif consiste essentiellement à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de post cure".

Un premier chapitre définit les bases de l'étude et les documents nécessaires.

Le second concerne l'inventaire des ressources disponibles et des besoins à prévoir :

- Pour l'hospitalisation des enfants, des adultes et des vieillards.
- Pour la prévention, les traitements ambulatoires et la post-cure.

Y sont envisagés, les dispensaires, les Hôpitaux de jour, les foyers de post-cure et les ateliers protégés.

Le troisième chapitre concerne l'organisation du dispositif de lutte contre les maladies mentales, et comporte la définition du secteur : aire géographique bien délimitée à laquelle l'établissement psychiatrique doit être proportionné.

Le dernier chapitre aborde les solutions pratiques et modalités d'établissement du programme et insiste sur la nécessité absolue d'organismes extra-hospitaliers suffisants : "il ne faut pas perdre de vue que la plupart des malades mentaux posent des problèmes médico-sociaux importants qui ne sont pas réglés par l'hospitalisation et même que l'hospitalisation rend plus aigus encore. L'absence du dispositif extra-hospitalier nécessaire, soit en interdisant, soit même simplement en retardant la sortie de ces malades, entraînerait, à plus ou moins brève échéance, une surpopulation de l'Hôpital Psychiatrique, annihilant ainsi les efforts faits par la collectivité".

Le plan directeur indique de façon précise les modifications à effectuer en vue de se rapprocher au maximum de la conception exigée pour les Hôpitaux Psychiatriques neufs, soit : la formule village faite de petits pavillons, comportant un bloc technique à proximité des pavillons d'Hospitalisation, et un centre social, constituant en quelque sorte le centre du village.

III - Localement cette circulaire a entraîné la rédaction d'une Proposition de programme d'Organisation ou d'équipement du département du Finistère en matière de lutte contre les maladies mentales, établie par les Médecins-Chefs de service du Quartier Psychiatrique de MORLAIX et de l'Hôpital Gourmelin de QUIMPER.

Cette proposition de programme contient tout d'abord un inventaire des ressources disponibles, puis établit les besoins actuels (1963) et à prévoir, enfin détaille le projet de programme qui propose :

A - Le partage du département en 3 secteurs pour des raisons géographiques, économiques et démographiques, chaque secteur devant prendre en charge des malades des deux sexes :

- Le secteur de BREST (214.552 Habitants), ce qui nécessite la création d'un Hôpital Psychiatrique départemental de 600 lits.

- Le Secteur de MORLAIX (245.145 Habitants).

- Le Secteur de QUIMPER (289.908 Habitants).

Chaque secteur serait divisé en quatre sous secteurs répondant à 60 000 Habitants environ et comprenant en moyenne deux dispensaires d'Hygiène mentale (soit 24 dispensaires).

B - Dans le secteur de MORLAIX étaient réclamés :

- Pour les arriérés profonds la réalisation d'un pavillon mixte, d'une capacité de 40 lits, prolongé par un pavillon d'une capacité double pour arriérés profonds adultes, au total 120 lits. Ce pavillon est construit, il s'agit des "Genêts" ; c'est une belle réalisation, mais elle ne peut satisfaire à toutes les demandes, nous l'avons vu. Remarquons que cet établissement s'est fait sur une initiative privée et ne rentrait pas dans le cadre du projet de 1963.

- Pour les enfants dits "éducables et semi-éducables", la construction d'I.M.P. L'I.M.P. "Ar Brug" satisfait à cette demande pour les enfants des deux sexes éducables. La section de préapprentissage est prévue et le projet d'I.M.Pro. est approuvé. Mais la section concernant les semi-éducables, signalée comme non prévue en 1963 n'est pas en construction.

- Pour les Adultes "La construction de 150 lits soit 3 pavillons de 50 lits ; d'autre part, l'équipement hospitalier moderne, l'aménagement de certains pavillons, le changement d'affectation de certains locaux, la reconversion de l'Hôpital civil actuel en Hospice, l'implantation de l'Hôpital général sur un terrain éloigné du quartier psychiatrique doivent faire envisager la construction :

- . d'un pavillon administratif
- . d'un centre social
- . d'un internat
- . d'un bloc technique".

Les 3 pavillons de 50 lits sont construits (Admissions A et B et le Rocher.).

Un pavillon de rotation est en cours d'édification.

Un Hôpital général dont la construction est avancée permettra la reconversion de l'Hospice Civil en Hospice.

Un internat (qui était chose très urgente) commence à sortir de terre ; il sera constitué de pavillons jumelés.

Le Centre social, le pavillon administratif et le bloc technique ne sont pas en cours d'édification.

Sont prévues, mais non réalisées encore les deux colonies agricoles qui doivent s'établir l'une dans la région de Lesneven, l'autre dans les environs de Lanneur.

IV- Il est nécessaire de faire quelques remarques sur les réalisations qui ont suivi le projet de 1963.

A - Les lits d'hospitalisation sont encore trop nombreux en particulier pour la pédo-psychiatrie.

B - Les structures de transition :

En dehors du foyer de post cure de BREST pour alcooliques hommes, il n'a été réalisé aucun autre foyer, ni atelier protégé. Les questions soulevées pour les autres malades restent donc entières.

C - La sectorisation et la mixité ne sont pas établies. Cela tient essentiellement au fait que l'Hôpital Psychiatrique de BREST n'est pas construit ; or il s'agit d'une réalisation très importante (600 lits) dont l'édification demandera du temps. La mixité seule aurait pu être tentée mais d'une part les locaux actuels ne s'y prêtent guère et d'autre part des malades de Quimper auraient été transférés à Morlaix et devraient encore être déplacés vers Brest à l'ici pou l'ann~~48~~49.

D - Les soins médicaux

Lorsque la sectorisation sera établie chaque Médecin-Chef devra traiter dans son service hospitalier 237 malades (Ce nombre correspond aux 951 lits prévus lors de l'établissement du programme des besoins en lits du Quartier Psychiatrique, qui est approuvé).

Ces 237 malades, au lieu de 400 en moyenne actuellement, réalisent une réduction notable de l'effectif qui se trouve sous la responsabilité du Médecin; en corollaire les Médecins-Chefs pourront leur consacrer plus de temps. Cela ne sera peut-être que partiellement vrai si l'on songe au développement indispensable d'activités annexes qui risquent d'éparpiller leurs efforts.

Ces activités supplémentaires comportent tout d'abord les consultations au niveau des dispensaires d'Hygiène Mentale.

Le nombre de personnes qui viennent y consulter le médecin est actuellement excessif. En comptant 20 personnes à examiner en 3 Heures, comme c'est le cas habituel, chaque malade peut être entendu pendant 9 minutes en moyenne. Ce temps, s'il est déjà insuffisant pour la surveillance de post cure d'un malade bien connu, paraît absolument dérisoire lorsqu'il s'agit d'un premier contact avec le malade. Comment toujours conserver dans ces conditions la valeur souhaitée à la relation médecin-malade ? La première solution qui vient à l'esprit, ce serait de multiplier les "après-midi de dispensaire". Une autre solution a été proposée, c'est la création d'un poste de Psychiatre Départemental qui se chargerait uniquement de la prévention, du dépistage et de la post cure, libérant ainsi les Médecins-Chefs qui pourraient alors consacrer le maximum de leur temps aux hospitalisés.

Le Psychiatre départemental pourra-t-il ~~assumer~~ totalement la charge de 24 dispensaires ? Pourra-t-il y ajouter la surveillance psychiatrique des Hospices des maisons de retraite ? A qui reviendra celle des ateliers protégés, des foyers de post-cure qui devraient être créés ?

CONCLUSION

Jusqu'au 18ème siècle le malade mental ne fut pas l'objet de traitements particuliers.

Au milieu du 18ème la première initiative prise à son égard fut une ségrégation : on l'isole des autres hospitalisés.

Au 19ème siècle, diverses mesures officielles ont créé de toutes pièces des structures à visée thérapeutique : les Hôpitaux Psychiatriques.

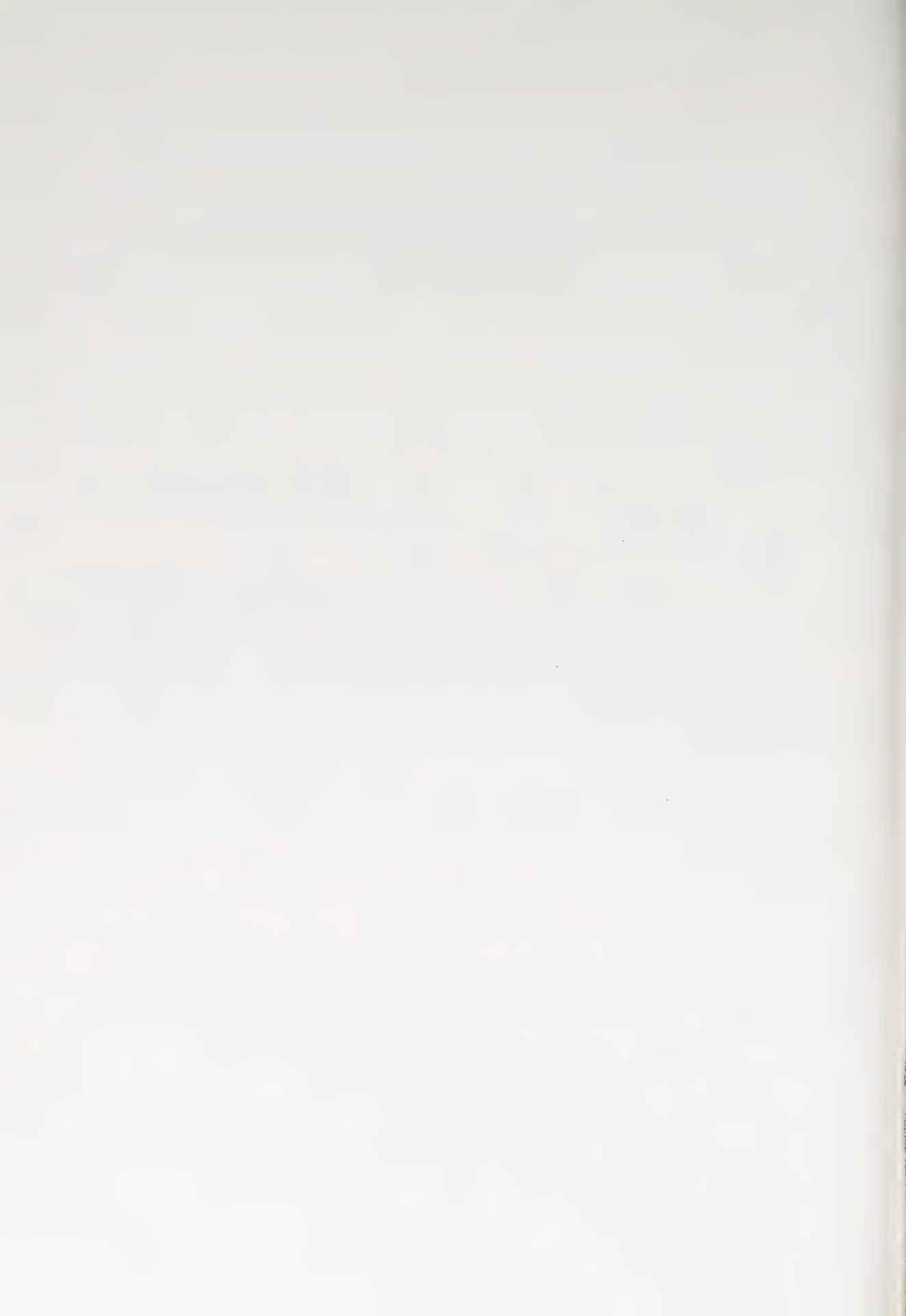
L'introduction de la notion de traitement de la maladie mentale constitua une révolution et suscita des recherches qui ont permis d'élaborer progressivement la psychiatrie actuelle.

Au 20ème siècle la découverte de thérapeutiques efficaces a ouvert aux malades des perspectives d'avenir autres que la classique hospitalisation à vie en service fermé.

Pour la région de MORLAIX :

Les besoins qui ressortent de cette étude sont d'autant plus urgents à satisfaire que celle-ci n'est pas exhaustive.

Malgré les efforts récents les conduites d'hospitalisation restent encore dominantes car les structures sont mal adaptées à la lutte contre les maladies mentales.



Dans l'état actuel, une meilleure compréhension de certains problèmes, celui des vieillards en particulier, serait susceptible d'amener des mesures pratiques, de réalisation facile, et par là :

- de soulager grandement le fonctionnement de l'Hôpital psychiatrique.
- de lui permettre une utilisation plus large de la psychothérapie.

Dans l'avenir il faudrait :

- étendre les soins psychiatriques aux catégories de malades qui ne peuvent encore être traités.
- réaliser comme il est prévu la sectorisation et la mixité.
- créer les structures de transition si nécessaires aux malades, en nombre suffisant :
 - . Ateliers protégés
 - . Foyers de post-cure.
- pallier enfin au déficit numérique des Médecins, psychologues et infirmières.

=====

Vu, Le Président de Thèse,

Vu le Vice-Doyen de la
Faculté de Médecine et de Pharmacie
ANGERS.

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie.

REMARQUES SUR LES DOCUMENTS

Pour les origines de l'Hôpital nous avons puisé les éléments :

1°) - dans la thèse de Monsieur DEMARQUEZ, Professeur d'histoire, qui concerne l'histoire de L'Hôpital de Morlaix jusqu'en 1771 : "L'Histoire de Morlaix sous l'Ancien Régime".

2°) - dans le livre de Monsieur DAUMESNIL, ancien Maire de la ville, intitulé "Histoire de Morlaix", publié en 1878, annotée par Aymar de Blois, continuée et publiée par M. A. Allier, Bibliothécaire de la ville.

Aucun document original n'a été retrouvé dans les Archives Départementales avant le 19ème siècle.

Pour le 19ème siècle nous sommes servis :

Tout d'abord des documents originaux trouvés aux Archives Départementales du Finistère :

- feuillets manuscrits épars ayant constitué le courrier des Directeurs de l'Hôpital.
- le rapport manuscrit de 1840.
- le rapport manuscrit portant sur la période 1852 - 1861.
- Le rapport manuscrit de 1871.

Nous y avons trouvé en outre, des circulaires Ministérielles, des Arrêtés préfectoraux, des Etats de Comptes.

Pour la fin du 19ème siècle et le 20ème siècle nous nous sommes appuyés sur les renseignements et les chiffres trouvés dans les Rapports Annuels des Directeurs et Médecins Préposés Responsables aux Sessions du Conseil Départemental.

Pour la dernière partie de cet ouvrage, nous avons pris des renseignements dans :

- L'information Psychiatrique de janvier 1960.
- La Circulaire Ministérielle du 15 mars 1960.
- La Proposition du Programme d'Organisation et d'Equipement du Département du Finistère en matière de lutte contre les maladies mentales, qu'a bien voulu me communiquer M. ALIX, Directeur de l'Hôpital.
- Enfin, des renseignements oraux.

Remarques : les seuls documents permettant des études statistiques sont les Rapports Annuels. Malheureusement ils présentent au cours des années des variations importantes dans leur contenu.

Ainsi, le mouvement de la population y est toujours indiqué mais les rechutes et les guérisons n'y figurent pas toujours.

Beaucoup ne comportent pas la liste des maladies présentées (surtout avant 1939).

Certains sont absents : c'est le cas pour la période 1939 - 1945, en raison de l'incendie qui eu lieu à la Préfecture de Quimper.

LA BIBLIOGRAPHIE

=====

Se rapporte aux textes qui ont particulièrement retenu
notre attention. La plus grande part est constituée par ceux que
nous avons pu consulter aux Archives Départementales du Finistère.

====-(0)-=====

- 1 - DEMARQUEZ - Professeur d'Histoire -
"L'Hôpital de Morlaix sous l'Ancien Régime".
- 2 - DAUMESNIL Joseph
"Histoire de Morlaix" publiée par M.A. Allier
- 3 - Instructions Ministérielles du 18 août 1813.
- 4 - Circulaire N° 55 du 16 juillet 1819 (Monsieur Le Comte DECAZES)
- 5 - 1833 - Lettres du Sous-Préfet de Morlaix relatives à la surveillance spéciale du "Quartier des femmes aliénées".
- 6 - 1835 - Circulaire de Monsieur Le Ministre THIERS du 29 juin.
- 7 - 1836 - Instructions Ministérielles sur l'amélioration du sort des aliénées - 4 juillet -
- 8 - 1838 - 1839 - Rapports du Préfet au Conseil Général.
- 9 - 1839 - Rapport de Monsieur l'Inspecteur des Etablissements de Bienfaisance.
- 10 - 1840 - Ordonnance du 18 octobre 1840.
- 11 - 1840 - Rapport manuscrit annuel au Conseil Général
- 12 - 1841 - Relevé général des femmes aliénées qui ont séjourné dans l'établissement de Morlaix depuis son ouverture le 1er mai 1833.
- 13 - 1843 - Rapport sur le budget de 1843.

- 14 - 1846 - Tableau des biens fonciers de l'Hôpital de Morlaix.
- 15 - Rapport manuscrit portant sur la période décennale 1852 - 1861.
- 16 - 1871 - Rapport manuscrit annuel au Conseil général.
- 17 - Livres de comptes de l'Economat de l'Hôpital.
- 18 - Lettres des Directeurs.
- 19 - Lettres des sous-Préfets de Morlaix.
- 20 - Rapports annuels des Directeurs de l'Hôpital aux Sessions du Conseil Général de 1880 à 1967.
- 21 - Rapports annuels des Médecins Préposés Responsables aux Sessions du Conseil Général de 1880 à 1967.
- 22 - Rapports annuels sur l'activité de la Commission Administrative aux Sessions du Conseil Départemental de 1880 à 1967.
- 23 - DAGONET
"Nouveau traité élémentaire des maladies mentales". Edité en 1876 -
Bibliothèque de l'Hôpital de Morlaix.
- 24 - Extraits des registres des Arrêtés de la Préfecture.
- 25 - Docteur G. DAUMEZON
"Essai d'historique critique de l'appareil d'assistance aux malades mentaux dans le département de la Seine depuis le début du 19ème siècle".
Information Psychiatrique de janvier 1960 (N°1).
- 26 - Circulaire ministérielle du 15 mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

- 27 - La proposition de Programme d'Organisation et d'Equipement du
Département du Finistère en matière de lutte contre les maladies
mentales. Etablie en 1963 par les Médecins-Chefs de service du
Quartier psychiatrique de Morlaix et de l'Hôpital Gourmelon de
Quimper.
- 28 - MICHAUX Léon
"Psychiatrie" Editions médicales Flammarion.
- 29 - FOUCAULT Michel
"Histoire de la folie à l'âge classique"
Collection 10-18 PION.

==--O--==

